COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY N° 448 DE SALUD MENTAL

INFORME DICIEMBRE 2012



Legislatura Porteña
CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

“La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”

[Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires]



Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 448 DE SALUD MENTAL

<u>Informe de la Presidente de la Comisión</u>

Dip. Virginia González Gass

Acompañan el presente informe:
Dip. Gabriela Alegre
Dip. Maria Elena Naddeo

<u>Asesores integrantes del Equipo de Redacción:</u>

Lic. Ángel Barraco
Lic. Ana M. Bordenave
Lic. Juan Manuel Mercadé
Lic. Sol Ruiz Medina
Dra. Laura Vega
Dra. María Magdalena Macaggi

Informe
Diciembre 2012

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe es el quinto producido por la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental. Dicha comisión fue creada por Resolución N° 258-VPSP- 06 y tiene la misión de monitorear y evaluar el desarrollo y puesta en práctica de las políticas públicas en Salud Mental, en el contexto de la aplicación de la Ley N° 448.

El trabajo de la comisión durante 2012 se centró en el monitoreo de las políticas, programas y acciones llevadas a cabo por la autoridad de aplicación, y la observación de las modalidades de funcionamiento de efectores y dispositivos establecidos por la Ley 448 con el fin de constituir un Sistema de Salud Mental en la Ciudad. Hemos realizado visitas a distintos efectores y dispositivos, entre ellos hospitales generales, monovalentes y centros de salud en los que funcionan servicios y equipos de Salud Mental, para analizar las condiciones de trabajo y dialogar con los trabajadores, quienes nos comunicaron inquietudes, reclamos y necesidades.

Nuestro trabajo se nutrió también de regulares reuniones de asesores y diputados pertenecientes a los distintos bloques legislativos, en las que se han expuesto y desarrollado temáticas relevantes en lo que respecta a la Salud Mental en la Ciudad. Para lograr esto, contamos con la presencia de numerosos invitados expertos en la materia, que han puesto a disposición su experiencia y recorrido.

Hemos organizado Jornadas y Encuentros, de los que participaron tanto integrantes del sistema de salud de la Ciudad como organizaciones e instituciones que integran la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental de la Legislatura de la CABA.

También hemos acompañado las luchas de los trabajadores de la salud, rechazando decididamente el proyecto del Poder Ejecutivo de instalar el Centro Cívico en los terrenos pertenecientes a los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Borda. La Ley 448 establece la transformación del modelo asilar, basado en la primacía del hospital monovalente como institución de salud mental; sin embargo, para llevar a cabo dicha transformación, plantea la necesidad de apertura de instituciones intermedias que propicien la reinserción y resocialización de los pacientes, evitándose de este modo los efectos cronificantes y estigmatizantes de la internación. En la medida en que este proceso no se lleve a cabo, políticas como el desmantelamiento de los hospitales públicos y la deshospitalización compulsiva, sin ofrecer alternativas adecuadas, se encuentran en las antípodas de esta transformación, representando una amenaza a la salud mental de los pacientes y sus círculos familiares.

Teniendo en cuenta estas circunstancias complejas por las que atraviesan los hospitales monovalentes, hemos recorrido los Hospitales Borda, Moyano y Tobar García, y nos hemos reunido con actores claves de las distintas instituciones, velando por la puesta en marcha, desarrollo y culminación de las obras de refuncionalización en cada uno de los efectores.

Por otra parte, participamos activamente de la discusión por el Presupuesto 2013; en ocasión de la visita de la Ministra de Salud a la Legislatura, señalamos nuestra preocupación por la falta de asignación de recursos destinados a los efectores y dispositivos necesarios para dar cumplimiento a la Ley 448. Cabe destacar que el presupuesto de Salud Mental se distribuye de la siguiente manera: un 88% del mismo se destina a los hospitales monovalentes de Salud Mental, mientras que sólo el 12% restante se destina al resto de los efectores, sin internación.

El intenso accionar previo de la comisión durante los períodos anteriores nos ha brindado importantes insumos para la conformación de líneas de trabajo durante esta etapa, en la que hemos podido profundizar en muchas de las problemáticas previamente detectadas como nudos críticos de las políticas públicas de Salud Mental. También hemos avanzado en otros aspectos relevantes, lo que nos ha permitido sistematizar la información recogida y generar propuestas de acción específicas, desarrolladas en el presente informe.

2. PLAN DE SALUD MENTAL

Artículo 5º [Autoridad de aplicación. Funciones] La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental. Son sus funciones:

- La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley.
- La elaboración del Plan de Salud Mental.

Para abordar el tema del Plan de Salud Mental de la Ciudad, es oportuno comenzar por algunas preguntas fundamentales: ¿a qué llamamos políticas de salud mental? ¿De qué hablamos cuando hablamos de políticas públicas? ¿Qué es y cómo se elabora un plan de Salud Mental?

La construcción e implementación de políticas públicas no pueden ser pensadas por fuera de sus circunstancias históricas. En la actualidad, los países de la región han ido configurando nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, sobre todo a partir del fracaso de las políticas neoliberales sostenidas en la dimisión del Estado (Bordieu, 1999). La revalorización del rol activo del Estado restituye sus responsabilidades ético-políticas, y “es a través de las políticas públicas que se condensan y expresan las relaciones del Estado con la sociedad” (Bordieu, 1999).

Hay una relación directa entre políticas públicas y planificación: las políticas públicas refieren a decisiones de nivel más general que permiten orientar los cursos de acción y movilizar recursos en relación a los mismos. La planificación, por otro lado, es una herramienta fundamental para ordenar, sistematizar, prever, distribuir eficazmente los recursos y evaluar el resultado de las acciones.

La planificación puede ser exclusivamente normativa o estratégica. A diferencia de la planificación normativa (que se plantea objetivos y cursos de acción a seguir desde una visión taylorista de la gestión), la planificación estratégica adopta como supuesto la incertidumbre y la complejidad de la realidad y se plantea un escenario de poder compartido (Matus, 1980), dándole un lugar central a la participación de los distintos actores sociales. Esta participación resulta su principal fortaleza en la medida que los actores sociales no sólo demandan o peticionan soluciones, sino que se involucran en el proceso de planificación. De este modo, también se comprometen en las decisiones y los objetivos, que luego pasan a constituirse en responsabilidades y acciones conjuntas.

El proceso de planificación parte de la determinación de una visión u objetivo, un “horizonte de sentido” que se suele expresar en un documento marco o plan, que contiene un conjunto de principios o lineamientos generales, las estrategias para alcanzarlos, las áreas de intervención y la asignación de recursos [1].

En la etapa de formulación, la participación de los distintos actores involucrados está directamente vinculada con la definición de los problemas y con la construcción de viabilidad. En la etapa de implementación se pone de manifiesto el complejo entramado de personas, instituciones y actores sociales que afrontan una tarea o programa específico de acción.

[1] De Lellis, Martin y col. Psicología y Politicas Publicas de Salud - PAIDOS, Bs. As. 2006 -

La evaluación permite hacer un seguimiento en relación al proceso y al funcionamiento real de un programa, observar sus puntos críticos, establecer correcciones y evaluar su eficacia, sustentabilidad, extensibilidad y logros obtenidos.

El tipo de planificación implementado tiene un rol determinante en las características, viabilidad y legitimidad de un plan.

Una de las fortalezas del único plan de Salud Mental reconocido en la Ciudad de Buenos Aires, el llamado "Plan Soriano" -cuya vigencia formal abarcó el período 2002/2006- fue el proceso de planificación que estuvo en la base de su construcción. La participación de los distintos actores sociales vinculados al campo de la salud mental, en un proceso de construcción colectiva, le otorgó legitimidad y sustentabilidad a este plan. De hecho, y a pesar de la actual desarticulación de las redes y dispositivos que fueron claves en esta construcción, muchas de las prácticas actuales se sostienen en los logros de aquel proceso.

Otra de las fortalezas de este plan fue la articulación entre las políticas públicas y la planificación, en la que el enfoque de redes es un elemento clave no sólo en relación al modelo de gestión técnica sino al marco ético-político de la misma. En este sentido, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ofrece un marco claro, expresando en su artículo 21, inciso 12: “Las políticas de Salud Mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”.

Este enfoque privilegia una visión comunitaria y social, en la que las políticas de salud mental están orientadas al reforzamiento y restitución de las redes y lazos sociales solidarios. Como parte de una visión compartida, el enfoque de Redes está contenido en la Ley 448 de Salud Mental.

¿Qué significa el enfoque de redes? Tal como ha sido formulado en el Plan, una red implica “el pasaje de un sistema atomizado a uno integrado, introduciendo los criterios de equidad, eficacia social y epidemiológica, participación, descentralización y regionalización”. Se consideran dos tipos de redes interrelacionadas e interactuantes en el contexto comunitario: las Redes de servicios y las Redes Sociales. Mientras que la Red de servicios es un instrumento de organización y gestión, una estrategia vinculatoria entre los diferentes actores participantes en el proceso de salud (profesionales, instituciones, etc.) en los distintos niveles de atención, las Redes Sociales son sistemas que se generan espontáneamente en el seno de la comunidad, cada cual actúa e interactúa en una red de relaciones entre personas, grupos, organizaciones y comunidades. En el proceso de salud, es la comunidad la que asume el rol de Agente de Salud a través de prácticas comunitarias. El funcionamiento en redes amplía el mapa de posibilidades para intervenir promoviendo la producción de subjetividad.

El objetivo que se planteó este plan fue la generación de un sistema de servicios organizado en red, que articulara la red de servicios con las redes sociales y que contemplara todos los niveles de atención en sus aspectos asistenciales, preventivos, rehabilitadores y resocializadores, siendo efectivo, igualitario, de alta calidad y accesible a toda la población, es decir, un sistema en el que sus efectores y dispositivos actuaran de manera solidaria, coordinada y estructurada.

La red debía estar sostenida por un programa de capacitación permanente acorde a las políticas de Salud Mental y la reconversión de los recursos humanos existentes; un sistema

de comunicación e informática que articulara la red y un método de normatización y derivación que posibilitara el acceso del paciente desde cualquier lugar del Sistema para su atención más adecuada.

Situándonos en el año 2012, nos encontramos con un panorama confuso en relación a la propia existencia formal de un plan de Salud Mental, dado que no hay actos administrativos que den cuenta de otro Plan distinto del "Plan Soriano", vigente entre 2002 y 2006 y prorrogado durante un año en la gestión Telerman. En consultas e interpelaciones llevadas a cabo en la Legislatura, los funcionarios del área han manifestado que el Plan de Salud Mental de la Ciudad continúa siendo el Plan Soriano "con modificaciones". Sin embargo, el ministro Lemus realizo en el año 2008 –a poco de comenzar su gestión- una presentación pública de un plan de acción que proponía, entre otras cosas, la creación de unidades de internación y un centro único de admisión y derivación, ambas acciones absolutamente contradictorias con el espíritu de la Ley. Dicho plan, que avanzó incluso hasta la difusión del llamado a licitación para la construcción de los nuevos efectores, fue resistido y finalmente abandonado.

Ante la necesidad de contar con un Plan de Salud Mental, uno de los puntos críticos al que nos enfrentamos es la dificultad para realizar un diagnóstico de la situación actual de los problemas de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Habiendo pasado una década desde la formulación del Plan anterior, nos preguntamos: ¿los problemas siguen siendo los mismos? ¿Qué evaluación se ha hecho de los resultados de las acciones? Observamos entonces que la Ciudad no cuenta con dos insumos claves para el diseño de un Plan: datos epidemiológicos actualizados y mecanismos de participación que permitan conocer cuáles son las problemáticas y demandas actuales en el campo de la salud mental.

La falta de un Plan de Salud Mental en la Ciudad es un hecho preocupante, no sólo por el incumplimiento de los postulados de la Ley 448, sino también por sus consecuencias concretas en términos de las dificultades para generar un sistema de salud mental, coordinar acciones, planificar los recursos materiales y humanos y evaluar la eficacia y el impacto de las acciones.

3. CAMAS DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES

Tal como plantea la "Declaración de Caracas", el modelo en Salud Mental al que debemos tender se basa en servicios de salud mental comunitaria y “propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales” (OMS, 1990). Por su parte, en el "Informe sobre la salud en el mundo" (2001), la OMS explicita que la integración de los servicios de salud mental en la salud general es beneficiosa, dado que genera menor estigmatización de los pacientes y del personal tratante, implica una mejora en los tratamientos y brinda la posibilidad de atención médica en pacientes que presentan comorbilidad de enfermedades mentales y orgánicas, además de que supone una optimización de recursos, lo que decanta en un aumento de la eficiencia.

Siguiendo estos lineamientos generales, nuestras propias leyes marcan un rumbo en esta dirección. La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 establece en su artículo 28º que las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales, para lo cual los hospitales de la red pública de salud deben contar con los recursos necesarios. A nivel local, la Ley Nº 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires trata en su artículo 13º las internaciones de corto plazo, tanto en monovalentes de salud mental como en hospitales generales.

Es sabido que en aquellos países en donde no se han puesto en marcha los procesos de reforma de los servicios de salud mental se han observado consecuencias iatrogénicas, dado que el modelo de internamiento prolongado (propio de las instituciones manicomiales) ha generado más daño en los sujetos que las enfermedades mismas.

Ya en 1949, el máximo exponente de la Salud Pública del país, el Profesor Dr. Ramón Carrillo afirmaba que no existía incompatibilidad alguna de la salud mental con los hospitales generales. Las dificultades sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede pues tener pacientes psiquiátricos internados en una sala especial sin inconvenientes y a muy bajo costo.

Sin desconocer esfuerzos anteriores, nos servimos –entre otras cosas- de antiguos informes de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley 448 de Salud Mental de esta Legislatura. Entre las propuestas enunciadas en septiembre de 2011, se sugiere la apertura de salas de internación en Salud Mental en todos los hospitales generales de la CABA, en particular en los hospitales Durand, Elizalde y Pirovano.

Cabe destacarse que en la Reunión de Presupuesto del 17 de octubre de 2011, el entonces Ministro de Salud, Dr. Lemus, afirmó que la sala de internación en el Hospital Pirovano estaba prevista en el Presupuesto 2012. Por su parte, el Ing. Kirby afirmó que en el mismo presupuesto se preveía la apertura de diez camas de internación para Salud Mental en el Hospital Elizalde, mientras que reafirmó los dichos de Lemus, comentando que también tenía reflejo presupuestario la modificación de la ex guardia del Hospital Pirovano y la consecuente apertura de camas de internación para Salud Mental. Lo recientemente expuesto puede constatarse en la Versión Taquigráfica de dicha reunión. Lamentablemente, nada de esto que se ha prometido se concretó en la realidad actual. Consecuentemente, en la Reunión de Presupuesto correspondiente a 2013, realizada en nuestra Legislatura el 1 de noviembre de 2012, la Diputada González Gass indagó a la Ministra de Salud, Dra. Reybaud, acerca de este mismo punto, no obteniendo respuestas satisfactorias.

Desde nuestro compromiso y nuestra responsabilidad como miembros de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Ley 448, hemos realizado visitas a los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires que cuentan con camas de internación de salud mental, es decir, el Hospital Álvarez y el Hospital Piñero para explorar el lugar, observar las condiciones

de trabajo e intervención, y fundamentalmente para escuchar los relatos de aquellos profesionales que actualmente trabajan en las salas de internación de dichos hospitales.

Esto se fundamenta en una férrea creencia de que la base de toda planificación estratégica implica necesariamente la participación de los distintos actores sociales atravesados por la problemática a analizarse. No hay mejor modo de sumergirnos en una temática tan crucial como la de las camas de internación de salud mental en hospitales generales, que yendo a visitar los hospitales, hablando con los profesionales, escuchando sus inquietudes, sus preocupaciones, sus reclamos, sus dificultades, sus logros.

La información que se expone a continuación fue extraída principalmente de dichas visitas, contactos y encuentros.

El **Hospital Piñero** cuenta con 12 camas de internación para hombres y 12 para mujeres, siendo así el único hospital general con camas de internación para ambos sexos. Por ser un hospital general, hay muchas pacientes internadas embarazadas, pues se suelen presentar varias complicaciones cuando una mujer embarazada es internada en un hospital monovalente, dado que no se cuenta con la misma calidad de atención para cuestiones clínicas que en un hospital general.

Se trata de una sala de puertas abiertas, lo cual -al decir de los entrevistados- no genera problemas de convivencia con pacientes ni con profesionales de otras áreas. La sala es sostenida por residentes y por profesionales de planta. Actualmente, en planta hay sólo una psicóloga y cerca de diez psiquiatras. Esto conduce a que se trabaje con una impronta médica, aunque la residencia tiene un lineamiento claramente psicoanalítico, por lo que hay una convivencia permanente de ambas escuelas. Por su parte, es histórico el reclamo de que faltan enfermeros.

Las internaciones suelen ser breves, pues prácticamente ninguna patología psiquiátrica requiere de internaciones prolongadas, excluyendo algunos casos como las demencias (lo cual genera un problema, pues a los pacientes que sufren estos trastornos no se los suele querer internar en clínica médica, porque son pacientes que muy frecuentemente presentan reiterados cuadros de excitación psicomotriz) y las adicciones. A pesar de que es criterio de la sala que las adicciones queden excluidas, ocasionalmente se interna a pacientes adictos, ya sea por orden judicial o porque la adicción "se filtró" detrás de otra patrología psiquiátrica. Los profesionales coinciden en que la experiencia en esos casos ha sido complicada, pues la inserción de pacientes adictos en la sala suele desestabilizar a los demás pacientes. Las internaciones más prolongadas son producto generalmente de motivos sociales (los pacientes no tienen a dónde ir, se espera poder gestionar un subsidio habitacional, una casa de medio camino, etc).

En síntesis, el problema no es internar a los pacientes en un hospital general, sino qué hacer con los pacientes una vez que el criterio de internación ha desaparecido. Allí es donde los profesionales se encuentran más carentes de respuestas.

En el **Hospital Álvarez** se cuenta con 20 camas de internación exclusivamente para hombres. Se interna a pacientes con cuadros agudos derivados de guardia, consultorios externos, hospital de día, juzgados y de otros hospitales.

El circuito es el siguiente: los pacientes ingresan necesariamente por la guardia externa, en la que funcionan equipos interdisciplinarios que evalúan si el paciente debe ser internado en la sala. En caso afirmativo, en la guardia externa el paciente debe ser evaluado por un médico clínico y sólo con el alta clínica y con un plan de medicación puede pasar a la

guardia interna de la sala de internación, donde lo reciben un psicólogo y un psiquiatra, que realizan la admisión o no admisión a la sala

Son casos de internación los que presentan:
- Episodios psicóticos agudos
- Reagudización de psicosis crónicas
- Trastornos neuróticos descompensados
- Trastornos de personalidad descompensados

No son casos de internación:
- Pacientes no vigiles
- Epilépticos
- Psicopatías graves
- Débiles mentales
- Psicosis crónicas
- Suicidas compulsivos
- Pacientes agresivos y violentos
- Intoxicaciones y adicciones
- Alcoholismo crónico
- Alteraciones de la conciencia
- Trastornos cerebrales orgánicos
- Menores de 18 años y mayores de 65 años

Una vez que el paciente ha sido admitido en la sala de internación, se le designan un psiquiatra y un psicólogo; además, en el servicio trabajan una trabajadora social y una terapista ocupacional. Mientras dure la internación, los pacientes son evaluados y evolucionados en HC todos los días, excepto los fines de semana. Las internaciones suelen ser breves y cuando se extienden suele ser por cuestiones sociales más que por cuestiones relativas a su patología.

Por último, cabría comentar brevemente dos situaciones puntuales que nos han sido informadas también por profesionales de los hospitales citados a continuación:

1) En el **Hospital Durand** la infraestructura de la sala de internación está lista desde hace aproximadamente cinco años; la sala cuenta con camas y hasta veladores, y está cerrada con llave. La Residencia en Psicología Clínica se creó en dicho hospital con el objetivo de que los residentes se ocuparan de la atención de los pacientes internados en dicha sala, cosa que nunca ha ocurrido.
2) Por otra parte, en el **Hospital Gutiérrez** hay, desde hace muchos años, un proyecto para abrir una sala de internación de salud mental de aproximadamente 10 camas. Esto por el momento no parece avanzar, lo cual conduce a que los pacientes deban ser internados distribuidos por las camas disponibles de cualquier servicio del hospital, lo cual genera problemas de seguimiento y de seguridad.

Dada nuestra preocupación por el no avance en lo que a esta temática respecta, la Presidente de la comisión ha elaborado un Proyecto de Resolución en el cual se piden informes respecto de la situación (Proyecto N° 2681-D-2012).

4. EFECTORES
- Artículo nº 14 de la Ley nº 448 de Salud Mental -

Respecto de los efectores, la Ley nº 448 establece tanto la transformación de los efectores ya existentes como la creación de nuevos dispositivos que cuenten con modalidades de atención alternativas a las tradicionales.

Artículo nº 14.- A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades.

Para poder llevar a cabo lo explicitado en dicho artículo, citaremos solamente algunos efectores, dado que sobre ellos hemos puesto especial enfoque en nuestro trabajo este año. Los efectores han sido seleccionados de acuerdo a distintas variables: la importancia que creemos implica que estén en funcionamiento, situaciones puntuales de preocupación o dificultad por parte de los profesionales que trabajan en dichos dispositivos, etc. Esto no implica una jerarquización de algunos efectores sobre otros y, de hecho, creemos será de suma importancia trabajar sobre los demás dispositivos en los años venideros.

Artículo nº 14.- [Inciso c]. Dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en Salud Mental.

- ADOP/ ADOPI:

El ADOP (Actividad domiciliaria psiquiátrica y psicológica programada en situaciones de crisis) funciona desde el 15 de octubre de 2003, momento en que el Director de Salud Mental de la CABA era el Dr. Soriano.

En sus comienzos, el programa funcionaba a través de 5 sub-equipos dedicados exclusivamente a la atención de adultos, los cuales estaban divididos según las 5 zonas sanitarias del SAME: La zona sur-oeste (correspondiente a los Hospitales Piñero y Santojanni), la zona sur (correspondiente a los Hospitales Argerich, Penna y Ramos Mejía), la zona centro-oeste (correspondiente a los Hospitales Zubizarreta, Vélez Sarfield, Durand y Álvarez), la zona norte (correspondiente a los Hospitales Pirovano y Tornú) y la zona del centro (correspondiente a los Hospitales Fernández y Rivadavia). En este momento inicial, el programa contaba con 12 profesionales (5 psicólogos, 5 psiquiatras, un trabajador social y un enfermero), que integraban los 5 subequipos.

El 1 de agosto de 2005 se creó el ADOPI, destinado a niños y jóvenes de entre 5 y 17 años con similares problemáticas a las referidas respecto del ADOP. Actualmente, el programa cuenta con cerca de 50 profesionales.

<u>Preguntas y respuestas acerca del Programa:</u>

1- ¿En qué consiste el servicio?
La actividad domiciliaria psiquiátrica y psicológica programada en situación de crisis para niños y adultos es un servicio intermedio entre la Atención Ambulatoria y la Internación. Atiende a pacientes con sintomatologías y necesidades que, por su severidad, exceden la capacidad de respuesta de las modalidades ambulatorias, pero a la vez permiten evitar una internación, o acortarla significativamente.

Este servicio:

- Brinda atención inmediata, evitando la profundización de la crisis y recaídas ante la espera de un turno.
- Evita una internación.
- Evita que el paciente no corte los lazos sociales y familiares.

2- ¿Dónde se brinda el servicio?
La atención se brinda en el domicilio del paciente.

3- ¿A quién/es está destinado/s?
El servicio está destinado a pacientes:

- con patología psiquiátrica - psicológica en crisis.
- con discapacidades ambulatorias transitorias.
- se excluyen las adicciones.
- de entre 18 y 60 años (ADOP).
- con residencia en la Ciudad de Buenos Aires.
- con grupo conviviente responsable y continente.

4- ¿Cómo se accede al servicio?
A través de la derivación del servicio de psiquiatría o psicología de un hospital de agudos, o de la guardia psiquiátrica del SAME. El profesional del sistema deberá completar la Planilla de Admisión y remitirla a SALUD MENTAL RESPONDE, de lunes a viernes de 8 a 20 horas.

5- ¿Qué costo tiene?
El servicio es gratuito.

6- ¿Qué otro dato se debe tener en cuenta?
El equipo interdisciplinario integrado por un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un enfermero brinda atención domiciliaria por un período máximo de hasta dos meses. Luego se deriva al paciente al efector de la red más cercano a su domicilio.

Cabe destacarse que en el presente año el Programa ADOP/ADOPI ha sufrido un proceso de desfinanciación alarmante, dada la importancia de mantener y reproducir éstas y otras alternativas de atención a los dispositivos tradicionales.

Artículo nº 14.- [Inciso f]. Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche.
Artículo nº 14.- [Inciso l]. Casas de Medio Camino.

Respecto de estos puntos, cabe destacarse que son varios los Hospitales de Día que se encuentran actualmente en funcionamiento en los diversos hospitales y centros de salud. No podemos decir lo mismo de los Hospitales de Noche ni de las Casas de Medio Camino, puesto que la CABA sólo cuenta con un solo dispositivo de cada una de las clases arriba mencionadas, ambos dependientes del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José T. Borda”, Dirección Asistente de Atención Psiquiátrica, Departamento de Rehabilitación.

El Hospital de Noche, situado en Brandsen 2285, es pensado como una instancia intra-hospitalaria que se propone brindar tratamiento intensivo psiquiátrico y psicológico de puertas abiertas para la recuperación psico-social de los asistidos. El Servicio cuenta con 12 plazas y trabaja en estrecha relación con la Casa de Medio Camino (los profesionales son los mismos en ambos dispositivos).

La Casa de Medio Camino se encuentra ubicada en Juan B. Alberdi 2331. Es una residencia especializada con respaldo terapéutico mínimo, cuenta con 10 plazas y es pensada como una instancia superadora respecto del Hospital de Noche.

Tanto el Hospital de Noche como la Casa de Medio Camino son recursos residenciales comunitarios, en los cuales se ofrece una vivienda transitoria, contención grupal, respaldo psicoterapéutico, capacitación laboral y orientación familiar. El eje del trabajo en ambos dispositivos se basa en la *rehabilitación* (modo de devolver o restablecer la estima pública en los derechos perdidos por razones médicas, jurídicas, hospitalarias, etc, a cualquier individuo o grupo) y la *resocialización* (proceso de reaprendizaje de aptitudes interpersonales y de interacción que estén de acuerdo con la sociedad a la que se pertenece, mediante la participación en grupos como miembro comprometido).

El propósito de dispositivos como este es ser considerado una entidad socialemente reconocida destinada a colaborar en la reinserción social de quienes, luego de sortear crisis de salud mental, deben incorporarse nuevamente a la vida comunitaria. Estas instancias terapéuticas intermedias permiten un pasaje progresivo entre el hospital psiquiátrico y la comunidad, ofreciendo un tratamiento rehabilitador.

Con vistas a este fin, además de las actividades terapéuticas, los grupos y talleres, desde el equipo se organizan y gestionan actividades comunitarias como salidas de extensión cultural (museos, bibliotecas, teatros, exposiciones, recitales, etc.), gestiones interinstitucionales (construcción de redes sociales y solidarias) y visitas domiciliarias.

Desde la Comisión de Seguimiento creemos estas experiencias artesanales y dependientes en la mayoría de los casos del esfuerzo y esmero de sus trabajadores, deben fomentarse y reproducirse. Es por ello que hemos invitado al plantel profesional del Hospital de Noche y de la Casa de Medio Camino a una reunión de asesores, que hemos dedicado exclusivamente a este tema.

Por su parte, la Presidente de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Ley nº 448, Diputada Virginia González Gass, ha visitado recientemente el Hospital de Noche, como consecuencia de una situación de malestar que se estaba viviendo en el servicio, a partir de la falta de información que estaban padeciendo los profesionales respecto de la construcción de un área de consultorios en una fracción de terreno aledaña a la del Hospital de Noche, con las implicancias que ello tenía. En dicha oportunidad, se ha logrado reunir a diferentes actores clave para dialogar e intercambiar información y criterios.

Artículo nº 14.- [Inciso o]. Emprendimientos Sociales

La CABA cuenta con una Red de Emprendimientos Sociales de gestión estatal, en el marco del Programa de Emprendimientos Sociales (Res Nº 893/MSGC), que tiene como objetivo favorecer la integración sociolaboral en el ámbito comunitario de los usuarios (adolescentes y adultos) de la los servicios de Salud Mental. Este programa trabaja en forma conjunta con los Centros de Salud y Acción Social y los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales, para la asistencia y el seguimiento ambulatorio de los usuarios. Dentro de sus objetivos está la capacitación del recurso humano, bajo la modalidad de Emprendimientos Sociales en Salud Mental Comunitaria y específicamente en el dispositivo de Empresa Social como estrategia de integración sociolaboral de las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial y desempleo.

Actualmente, hay en funcionamiento en la Ciudad, de acuerdo a los datos de la Red, un conjunto de emprendimientos sociales destinados a personas adultas que tienen su sede de funcionamiento en los Hospitales de Salud Mental. En el Hospital Borda funcionan los emprendimientos "CICLOPAPEL" (Papeles artesanales y productos derivados, lámparas, tarjetería para eventos); "YBYTU-Vientos de Cambio" (Productos artesanales de librería); "LA HUELLA" ["Muebles con historia"] (Restauración y rediseño de muebles y objetos de

madera). En el Hospital Moyano, "DELICIAS" (Panificación artesanal); "ARTESANÍAS URBANAS" (Taller de decoración sobre madera) y TALLER DE TELAR.

También hay emprendimientos destinados a adolescentes: "LAZOS. ARTE SOBRE REMERAS" (Remeras pintadas artesanalmente para bebés y niños); "GASTRONOMÍA y RESTOBAR" y "PECOHUE" (huerta, con sedes en la Cátedra de Horticultura de la Facultad de Agronomía –UBA– y el Jardín Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires).

El equipo de la Comisión Especial de Seguimiento realizó una visita al Café Basaglia, participando de una actividad de Cine-Debate sobre la película "Elling", realizada en su sede el día 6 de septiembre de 2012. En esa ocasión tuvimos un encuentro con los integrantes del proyecto, quienes nos transmitieron sus objetivos y la experiencia acumulada a casi un año de la apertura.

El Café Basaglia es un emprendimiento social que funciona el la Casona Humahuaca, en el barrio de Almagro. Definido como empresa social, no forma parte de los dispositivos estatales, pero articula acciones con distintos organismos de gobierno, lo que representa una experiencia interesante a la hora de pensar y planificar la implementación de una red de servicios de Salud Mental. El Café Basaglia toma el modelo de experiencias similares italianas y su principal objetivo es propiciar la inclusión social de personas con padecimientos mentales a través de una actividad laboral. Por eso, se presenta como un lugar de promoción cultural y de turismo responsable alternativo, ofreciendo un servicio de bar y restaurant.

Según las palabras de los integrantes del emprendimiento, el Café es un proyecto fundado en una estrategia de inclusión socio-laboral basada en la capacitación y el trabajo como derechos de las personas. Fomenta esto mediante diversidad como filosofía y la apuesta a la construcción de redes de intercambio.

El Café Basaglia también articula acciones con Organizaciones Gubernamentales argentinas e italianas, entre ellas la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, la Red de Emprendimientos Sociales de Salud Mental del Gobierno de la CABA y el Departamento de Salud Mental de Trieste.

Artículo nº 14.- [Inciso q] Equipos de Salud Mental en guardias de hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría.

La aproximación interdisciplinaria, como propone nuestra legislación para los equipos de salud mental en guardias, surge ante la actual demanda social y las problemáticas cada vez más complejas a las que nos enfrentamos en nuestro trabajo clínico. Esta orientación genera un marco en el que se favorece la integración y la producción de conocimientos. La propuesta que se plantea desde esta perspectiva implica partir de los problemas y no de las disciplinas.

Es relevante para el inciso mencionado lo estipulado por el Anexo al Art. 10º, inc. h): "*los equipos interdisciplinarios de Salud Mental tendrán una conformación básica compuesta por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. En la medida que los efectores cuenten con profesionales universitarios de enfermería con formación en salud mental, éstos se incorporarán al equipo interdisciplinario básico*".

La efectiva incorporación de los equipos interdisciplinarios de salud mental a las guardias de los hospitales generales de la CABA se inició en 2007 y 2008. Actualmente, la gran mayoría de los hospitales generales, de infecciosas y pediátricos cuentan con dichos equipos (más específicamente, los hospitales Argerich, Elizalde, Gutiérrez, Pirovano, Ramos Mejía,

Rivadavia, Santojanni, Tornú, Zubizarreta, Álvarez, Durand, Piñero y Vélez Sarsfield). En el caso del Hospital Muñiz, recién en el mes de marzo de 2012 se llamó a concurso para ocupar los cargos de psicólogos y trabajadores sociales de guardia, pues en dicho dispositivo sólo se contaba con médicos psiquiatras, en lo que a salud mental respecta. Los concursos se han realizado; en el caso de los trabajadores sociales, este proceso ha concluido y los profesionales se encuentran a la espera de sus designaciones, mientras que en el caso de los psicólogos, el concurso ha sido impugnado, debiendo ahora realizarse el proceso pautado para este tipo de situaciones.

A continuación se expone un breve relato respecto de lo que sucede en dichos Equipos de Salud Mental que funcionan en las guardias de los hospitales generales, para lo cual nos basamos en entrevistas realizadas por nosotros a profesionales que trabajan en tales dispositivos.

Un primer punto a remarcar es la diferencia en el relato de situación de los profesionales que desempeñan sus funciones en hospitales que cuentan con camas de internación de salud mental (es decir, los hospitales Álvarez y Piñero) y aquellos que trabajan en hospitales en los que no existen dichas salas. En el Álvarez y el Piñero, la demanda es enorme, lo cual conduce a que los profesionales que realizan guardias de 24 horas tengan que -en muchas ocasionales- trabajar esa cantidad de horas ininterrumpidamente. Por su parte, profesionales de otros hospitales comentan que la guardia de salud mental es “tranquila”.

Al respecto, es menester destacar que en el Hospital Álvarez se han hecho pedidos de aumento de cantidad de profesionales de salud mental en la guardia, pero ocurre que los profesionales se designan por especialidad según las estadísticas. Nos encontramos aquí ante el problema de difícil resolución respecto de cómo tomar en consideración las diferencias entre disciplinas en lo que a tiempo de atención respecta, pues es sabido que por ejemplo un paciente que ingresa con una descompensación psicótica a la guardia puede insumir gran cantidad de tiempo de atención a los profesionales que lo reciben, y esto repercute negativamente en las estadísticas. De modo que no se ha logrado revertir la situación de que haya sólo un profesional de cada especialidad en salud mental por guardia, lo cual en algunas situaciones es suficiente y en otras, definitivamente no.

Otra problemática planteada por los profesionales se refiere al tema de las derivaciones. Hoy en día es bastante complicado conseguir turnos inmediatos en los distintos efectores, lo cual conduce a que en muchas ocasiones los profesionales de guardia se vean obligados a citar a los pacientes que ingresan por dicho dispositivo para realizar el seguimiento de sus tratamientos. Desde ya que esto excede la función de la guardia y desvirtúa su función de atención de emergencias.

En todos los hospitales, las consultas surgen de la demanda espontánea y del pedido de interconsulta de otros servicios. Todos los profesionales consultados acuerdan en que las guardias no están preparadas para pacientes de salud mental, dado que, por ejemplo, hay jeringas en todos los consultorios. También acuerdan en que las camas de internación con que se cuenta en las guardias generales no suelen querer ser destinadas a pacientes de salud mental, reservándoselas así para otro tipo de patologías. En el caso de los hospitales que cuentan con salas de internación, esto se resuelve más fácilmente; en los hospitales en los que dichas salas no existen, esto repercute directamente en la atención por guardia pues –sabiendo las dificultades que implican las derivaciones– se cuenta con pocas alternativas para ofrecer a los pacientes.

5. INTERDISCIPLINA Y ACCESO A LOS CARGOS DE CONDUCCIÓN

Artículo nº 12.- [inciso l de la Ley nº 448]. Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.

La interdisciplina es uno de los ejes de la Ley nº 448, tanto en relación a la conformación de los equipos asistenciales como en la posibilidad con que cuentan los profesionales de las distintas disciplinas para acceder a los cargos de conducción de los servicios y dispositivos de salud mental.

Sin embargo, las dificultades vinculadas al cumplimiento del artículo 12º se han ido agravando durante los últimos años, dando lugar a una creciente judicialización del conflicto, derivado del accionar de una de las entidades gremiales (AMM) que obstaculiza la presentación a concursos para cargos de conducción a profesionales de otras disciplinas.

Estas acciones han contado con el respaldo político-institucional del Poder Ejecutivo a través de normas y disposiciones que contribuyeron a reforzar esta situación. Cabe destacar que el inciso mencionado del artículo 12° se complementa con el Decreto Reglamentario 635/04, que establece la conformación interdisciplinaria de los jurados en los concursos, sosteniendo la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario para el desarrollo del Sistema de Salud Mental: "*en los concursos para cargos de conducción se ponderará la formación y experiencia en organización y gestión de servicios de salud, y especialmente de salud mental, que acrediten los postulantes. La integración del jurado deberá respetar el principio de abordaje interdisciplinario previsto en el artículo 2º inciso d) de la presente ley".*

La atención interdisciplinaria sólo puede pensarse a partir de la existencia de un plano de igualdad entre todas las disciplinas que intervienen en este campo. La Salud Mental no es una disciplina ni una profesión específica; se construye como concepto a través de un entramado complejo que puede ser definido como un campo de intervención.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 también toma como uno de sus principales ejes la interdisciplinareidad, explicitándolo en los artículos 8 y 9 de su Capítulo 5 –Modalidades de Abordaje- :

ARTÍCULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.
ARTÍCULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

En los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, hay una referencia clara a la integración de los equipos interdisciplinarios: *"por 'profesional de la salud mental' se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de la enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental".*

De acuerdo con estas directrices, la conformación de los equipos de Salud Mental debe realizarse sobre la base de la integración de profesionales de diversas disciplinas: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, considerando también la posibilidad de incluir a profesionales de otras disciplinas (antropólogos, sociólogos, abogados) de acuerdo con las necesidades específicas. Por tratarse de un campo de intervención complejo, la salud mental no puede ser abordada desde una visión reduccionista como la que proponen algunos sectores hegemónicos. Estas visiones suelen estar sustentadas en una reiterada falacia que establece una equivalencia simbólica entre Salud Mental y Psiquiatría, pretendiendo circunscribir el campo de la salud mental a las prácticas de una de las especialidades de la Medicina.

Son numerosos los casos de concursos de conducción del área que han sido impugnados a partir de los obstáculos interpuestos por parte de sectores gremiales médicos a la presentación de profesionales de otras disciplinas –especialmente los psicólogos–. La Procuración de la Ciudad, interviniente en estos casos, ha reforzado estas dificultades apelando a una línea interpretativa y argumental retrógrada y forzada, basándose en la Ley Nº 17132 de Ejercicio de la Medicina (modificada luego por Ley del Psicólogo Nº 23.277), sin tener en cuenta ni a esta última ni a la Ley Nº 448 de la CABA.

El ejercicio profesional de la psicología está regulado en todo el territorio del país por la Ley Nacional Nº 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología, reglamentada en el Decreto N° 905/95. Por otro lado, cabe recordar en este contexto que tanto la Resolución 343/2009 como el artículo 43º de la Ley de Educación Superior ya no hablan de incumbencias, sino de Actividades Reservadas al título de Licenciado en Psicología, y especifican las capacidades y las idoneidades que tiene el profesional, habilitando a los psicólogos de la Ciudad al acceso de cargos de ascenso y conducción en todos los efectores metropolitanos.

Las competencias están vinculadas a las posibilidades de ejercer un cargo de conducción, mientras que las incumbencias son las que marcan las habilitaciones y los límites del accionar de cada profesión. Un profesional puede ejercer un cargo de conducción de acuerdo con la capacitación obtenida a partir de cursos de administración hospitalaria, gestión sanitaria, etc., y con las aptitudes y habilidades desarrolladas para ejercer un cargo de conducción, más allá de las incumbencias profesionales específicas.

Tenemos que considerar también en este punto a la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657, cuyo artículo 13º (Capítulo VI) está en consonancia con el artículo 12º, inciso I, de la ley nº 448:
ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

En el marco de la labor desarrollada por la Comisión, hemos tomado conocimiento de la existencia de numerosos casos de concursos de cargos de conducción de Salud Mental que se encuentran impugnados y/o judicializados. Entre ellos, uno de los más destacados es el del concurso de Jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez, en el que la AMM presentó una impugnación que impidió la participación del proceso de selección a un profesional psicólogo. Dicha impugnación derivó en una rectificación del llamado a concurso original –en el que no se especificaba la profesión requerida para postularse a dicho cargo– realizándose un nuevo llamado en el que se estableció que sólo podían presentarse profesionales médicos psiquiatras, contrariamente a lo que indica la Ley nº 448.

Este caso, seguido atentamente por la Comisión Especial también en períodos anteriores, dio lugar a distintos reclamos por parte del profesional afectado y de la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA, generándose un expediente administrativo y posteriormente un recurso judicial.

Durante la etapa administrativa del reclamo, se presentó un recurso jerárquico que dio lugar a la controvertida Resolución 813 del 20 de abril de 2010, producida por el entonces Ministro de Salud, Jorge Lemus, en la que se considera a los psicólogos como auxiliares de la psiquiatría, apelando a la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina[2].

Agotada la etapa administrativa, el profesional afectado inició un juicio al Gobierno de la CABA reclamando por sus derechos como trabajador y como profesional psicólogo, vulnerados dado que un profesional de esta disciplina encuentra en la práctica una restricción infranqueable al desarrollo de una carrera. De hecho, como los psicólogos cumplen tareas habitualmente dentro de los servicios de salud mental y no pueden acceder a los concursos de cargos de conducción de dichos servicios, tienen negada la posibilidad a desarrollar una carrera en el Gobierno de la CABA por la imposibilidad de ascender más allá del cargo de ingreso como psicólogos de planta.

En el juicio se pide la derogación de la Resolución 813, que considera a los psicólogos como auxiliares de la psiquiatría en abierto desconocimiento de la Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología. Esta ley establece con claridad la autonomía profesional de los psicólogos desde el año 1985. Actualmente, el juicio se encuentra en la etapa de aportación de pruebas: se han enviado oficios que solicitan información a los diferentes hospitales en los que hay psicólogos que son jefes; en el caso del Hospital Álvarez, se solicita a sus autoridades que informen sobre los concursos que se hubieren realizado en los últimos diez o veinte años y a los que hayan podido acceder profesionales psicólogos para ejercer jefaturas. La respuesta es conocida de antemano: no hubo ninguno. El objetivo es visualizar esta situación y la necesidad de modificarla, a los efectos de cumplir con la Ley nº 448 y restituir los derechos vulnerados de los profesionales de la salud que encuentran vedada la posibilidad de desarrollar una carrera.

Es importante tener en cuenta que en el artículo 9° de la Ley nº 448 se estableció que todos los efectores y dispositivos del área deben denominarse “de Salud Mental”, en consonancia con el espíritu de la ley. Sin embargo, esta disposición no se ha operativizado o se han producido modificaciones exclusivamente nominales que no han tenido impacto sobre las estructuras funcionales de los servicios que continúan siendo “Servicios de Psiquiatría”. Estos servicios dependen funcionalmente de las Divisiones o Departamentos de Medicina en los Hospitales Generales y Especializados, lo que facilita en la práctica la manipulación de los llamados a concursos, restringiendo la posibilidad de postularse sólo a profesionales psiquiatras. En definitiva, las estructuras funcionales hospitalarias siguen respondiendo al modelo de hegemonía médica previo a la sanción de la Ley nº 448.

La Presidente de esta comisión presentó, junto con otros diputados, un Proyecto de Declaración referido a este tema[3].

---

[2] Esta Resolución figura en el Anexo documental del Informe 2011 de la Comisión de Seguimiento.

[3] El Proyecto N° 1913-D-2012 tiene como autores a los Dip. González Gass, Naddeo, Form, Rinaldi, Rachid, Selser, Camps, Alegre y Sánchez Andía. Dispone que se cumpla lo establecido por la Constitución de la Ciudad en la designación del Director del Hospital Tobar García y en todos los efectores de salud mental del sistema público de la Ciudad, respetando el procedimiento de concurso público abierto y el derecho de los profesionales de las diferentes disciplinas de salud mental a acceder al cargo.

6. RECURSOS HUMANOS

Hemos relevado numerosos problemas en relación a los recursos humanos en Salud Mental:

- La disminución del número de profesionales de la salud mental, el aumento de la edad promedio de los profesionales de planta, la reasignación de partidas presupuestarias a otras áreas cuando se producen bajas por distintos motivos y el atraso en los nuevos nombramientos.
- La falta de recursos, encubierta en muchos de los efectores y dispositivos, en los que las prestaciones son sostenidas por profesionales residentes, concurrentes y becarios honorarios.
- La precarización laboral de los profesionales de la salud mental que se han incorporado al sistema a través de los Decretos 604/09 y 106/10 y los que pertenecen al escalafón general, quienes, cumpliendo idénticas funciones que los profesionales que están encuadrados en la Carrera de Profesionales de la Salud, perciben un salario notablemente menor, lo que constituye una situación de inequidad grave.
- La creciente disminución en la adjudicación de profesionales en formación (residencias y concurrencias) en salud mental.
- La vulneración del derecho a una carrera laboral por parte de los distintos profesionales de la salud, que se produce, de hecho, como consecuencia de las trabas en los llamados a concursos en los servicios de salud mental, tema desarrollado en otro capítulo del presente informe.

7. ADICCIONES

- Situación de las adicciones en la Ciudad de Buenos Aires
- Hospital de Día de Adicciones
- Situación del Centro Carlos Gardel

En la Ciudad de Buenos Aires, la política de adicciones tiene grandes deficiencias. El Informe 2012 de la Auditoría General de la Ciudad [AGCBA] advierte sobre las debilidades en el abordaje de las adicciones en la Ciudad.

Además, la problemática se sustrajo desde el área de Salud, su ámbito natural, a la de Desarrollo Social, donde la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, maneja un presupuesto de 32 millones de pesos [que serán 40 millones para el año 2013,] de los cuales el 80 % se destina a contratar comunidades terapéuticas privadas, 23 en total. El perfil del modelo adoptado es privatista y de difícil control por parte de la Ciudad ya que 16 de las 23 instituciones privadas contratadas [Comunidades Terapéuticas o Granjas] se encuentran en la Provincia de Buenos Aires, violando el derecho de los pacientes a encontrarse cerca de sus familias. [Artículo 3°, inciso h) de la Ley Básica de Salud n°153 de la Ciudad]. El Ministerio de Desarrollo Social cuenta sólo con 4 efectores propios. Por su parte, el área de salud sólo cuenta con algunos efectores desarticulados entre sí. No se cuenta con un Plan de Salud Mental que contenga una política clara para las adicciones, siendo evidente que la problemática tiene su núcleo dentro de lo sanitario y más específicamente dentro del campo de la salud mental. Además la Ley Nacional de Salud mental n° 26.657, establece claramente [en su artículo 4°] que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Según datos publicados por el Gobierno de la Ciudad correspondientes al año 2009[4] se advierte que, en los hospitales generales de agudos el porcentaje de consultas de guardia relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas es del 13,8% [y el 47 % son jóvenes de 16 a 25 años,] y que de cada 10 accidentes [(de tránsito, de trabajo y domésticos)], 3 estuvieron relacionados con consumo de sustancias psicoactivas. El índice de consumo de alcohol triplica al de cualquier droga ilegal. El alcohol es la sustancia de mayor prevalencia de consumo en las seis horas previas al ingreso a la consulta, los psicofármacos ocupan el segundo lugar, y el paco el tercero. El Dr. Carlos Damin, Jefe del Servicio de Toxicología del Hospital Fernández relató que, de los 2033 pacientes asistidos en 2010 el 54 % ingresaron por alcohol. El 6 % de los pacientes asistidos, estaban intoxicados por medicamentos legales[5].

Durante el presente año la comisión abordó la problemática de las adicciones en varias ocasiones. En dos de las reuniones de asesores de la comisión el debate se centró en esa cuestión.

En el presente documento se incluye:

- Información brindada en la reunión de asesores de la comisión del 1 de agosto de 2012, por la Lic. Patricia Colace (psicóloga, Directora de la USPPAySM (Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones y Salud Mental), asesora de la

---

[4] http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/epidemiologica.php?menu_id=23864.
[5] Encuentro Interinstitucional "Adicciones ¿En qué Estado? 1°/09/2010. Salón Montevideo de la Legislatura porteña. Actividad impulsada por el Diputado Jorge Selser (Partido Socialista Auténtico en Bloque P. Sur) con el auspicio de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación de la ley 448 de S. Mental. Resumen en Informe 2011 de la Comisión, pág. 16.

Diputada Rocío Sánchez Andía por la Coalición Cívica-ARI, miembro de la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental e integrante de la comisión)[6].

- Los 9 puntos extraídos del mencionado Informe 2012 de la Auditoria General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Información brindada por la Lic. Colace en la reunión de asesores de la comisión del 7 de noviembre de 2012, surgida de una respuesta del Poder Ejecutivo a un Pedido de Información Pública, realizado por la Dip. Sánchez Ándía.

- Documento elaborado por la comisión sobre el Hospital de Día de Adicciones del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez" de la Ciudad de Buenos Aires.

a) Proyectos legislativos referidos a la problemática de adicciones:

Proyecto de Declaración N° 593-D–2012 de la Dip. Sánchez Andía. Solicita al Poder Ejecutivo que transfiera al Ministerio de Salud la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social.
Proyecto de Declaración N° 1364–D–2012 de las Diputadas Rachid y Lubertino. Respaldo al tratamiento en el Congreso Nacional de las iniciativas a favor de la despenalización de tenencia de drogas. Cabe consignar que, con motivo de la presentación de este proyecto, se realizó una conferencia de prensa en la Legislatura, el 22 de mayo a las 17:30 hs. Además de las legisladoras Rachid y Lubertino, la conferencia contó con la participación de los legisladores Naddeo, García Tuñón y Gentili, firmantes del proyecto[7].

b) Documentos referidos a la problemática de adicciones:

"15 Ideas Por una Nueva Ley de Drogas" utilizado en la campaña que impulsó, en el presente año, la Asociación Civil "Intercambios", con el apoyo del Centro de Estudios Sociales y Legales (CELS), la Cruz Roja Argentina, la Fundación Huésped, la USPPAySM y Madres contra el Paco-Lomas, entre otras organizaciones e instituciones[8].

- **Situación de las adicciones en la Ciudad de Buenos Aires.**

Reunión de Asesores de la Comisión de Seguimiento - 1 de agosto de 2012, Salón Jauretche (TRANSCRIPCIÓN).

Exposición a cargo de la Lic. Patricia Colace:

Antes de entrar en la situación de las adicciones en la Ciudad, es importante poner un marco general. Y comienzo dando una buena noticia: en este momento, se está dando una revisión de las políticas de drogas, a partir de que la UNASUR evaluó el fracaso de las políticas antidrogas usadas durante más de 40 años. Se llegó a la conclusión de que no han dado resultado. Este replanteo surge a partir del año 2001 con el ataque a las torres gemelas, porque EE.UU. cambia su foco desde el narcotráfico hacia el problema del terrorismo (Medio Oriente y la lucha contra el terrorismo). Ya se da en el año 2010 un

6 En su Blog, la Lic. publica información actualizada sobre esta problemática: http://usppaysm.blogspot.com.ar/
7 http://www.parlamentario.com/noticia-45299.html.
8 Para más información, visitar el sitio http://www.intercambios.org.ar/15-ideas/se-lanza-campana-para-impulsar-la-sancion-de-una-nueva-ley-de-drogas/

replanteo de los países acerca de las políticas. Se plantea en Viena la despenalización para el consumo personal. Cambia el eje de esas políticas antidrogas que tenían el foco en el último eslabón de la cadena, esto es penalizar al consumidor, pero los narcotraficantes siguen estando, sigue existiendo la trata y todo lo demás. En las cárceles de la Argentina, la segunda causa de ingreso es por infracción a la Ley Nacional de Estupefacientes N° 23.737 de 1989. Se pretende actualmente revisar esa ley. Es importante destacar que en estas iniciativas están involucrados representantes de los distintos partidos políticos en el Congreso de la Nación. Se hicieron varias audiencias públicas pero no se avanza, debido a los intereses en juego. La nueva ley no pretende despenalizar la droga, sólo el consumo personal que llena las cárceles de mulas y gente pobre, vulnerable, presos por un "porrito". En la Cárcel de Ezeiza he visto mujeres latinoamericanas, pobres, cabezas de hogar, que han incurrido por primera vez en este delito. Otro ítem es bajar las penas, previstas por la Ley 23.737. Otro es invertir la carga de la prueba: la justicia deberá comprobar que la droga que se tiene es para venta y no para consumo. Esto es para poner en contexto lo que vamos a ver acerca de la Ciudad.
En el ámbito de la CABA, la ley nº 448 no tiene un capítulo aparte para adicciones. Da un marco de adicciones acerca de cómo es el abordaje de esta temática en particular, pero hay incumplimientos. Tenemos la Ley nº 2318 (Consumo de Sustancias Psicoactivas), sancionada en esta Legislatura en el año 2007. La ley fue muy resistida. Se consideraba que no debía haber una ley específica para esta temática. Hubo diferentes proyectos que fueron presentados, uno por el oficialismo (Dip. Lidia Saya) y otro por el Kirchnerismo (Diputada Urdapilleta). Finalmente se logró. En su artículo 1º dice que se debe garantizar una política integral y sistemática a través de un plan integral dependiente del Jefe de Gobierno, y el artículo 5º dice que el Jefe de Gobierno debe garantizar la interministerialidad. No está en su totalidad reglamentada. Desarrollo Social reglamentó su parte. Los demás ministerios no cumplieron con la reglamentación de la totalidad. Todo lo relacionado con políticas públicas de adicciones esta sustraído a Desarrollo Social. En el 2009 se crea la Coordinación de Políticas Públicas en Adicciones. Tenía un Director y tres Áreas: asistencia, prevención, observatorio. En el año 2010, pasa a ser una Dirección General. Ahora cambian las autoridades, se llaman "Gerencias Operativas". Esta denominación nos llama la atención.
Entonces, todo el tema adicciones se maneja en Desarrollo Social, con efectores propios y comunidades terapéuticas conveniados, que son 23 en total. Los propios son 4: Casa Puerto, Casa Flores, Casa Faro y Piletones. Todos los demás son comunidades terapéuticas y la mayoría están en la provincia de Bs. As., lo que considero violatorio del derecho a estar cerca de la familia.

- Casa Puerto: Para Menores y posee Internación.
- Casa Flores: Para Adultos y es Ambulatorio
- Casa Faro Es para Emergencias y reciben Patología Dual.
- Los Piletones: Está dentro del Villa Soldati y es un Centro Ambulatorio.
-

El presupuesto de la Dirección de Adicciones es de 32 millones de pesos [y para el año 2013, subió a 40 millones]. El 80% de este presupuesto se destina a las comunidades terapéuticas. No hay campañas sistemáticas de prevención con evaluación de impacto. Esto es obligatorio por la ley. Por lo tanto resulta incumplida la Ley nº 2318. Lo más preocupante es que se sustrajeron del ámbito de la salud, y más específicamente de la salud mental, las políticas públicas en adicciones. En salud solamente existen efectores que trabajan en forma desarticulada. En 2010 se crea una coordinación de políticas de sustancias psicoadictivas. Ahora se ha creado un Departamento de Políticas Públicas de Adicciones que depende de la Dirección de Redes y Programas y a la vez, de la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud (esto, según el Informe de la Auditoria General de la Ciudad (AGCBA), que luego vamos a ver con más detalle). Se crea un Comité de Expertos; entonces sólo se crean estructuras; tenemos por un lado Desarrollo Social, por otro lado

Salud; pero la Dirección de salud mental no tiene nada con respecto a adicciones. Algunos efectores trabajan muy bien, por ejemplo el Hospital de Día del Hospital Álvarez, el Centro Carlos Gardel, el Biedak, la Otra Base del Encuentro. Pero no hay una política pública que baje lineamientos comunes. Hay una desarticulación absoluta. La CABA está en deuda con las políticas públicas y el presupuesto. Sólo un hospital tiene camas de desintoxicación (solamente 9), y es el Hospital Fernández. Pero allí se reciben casos de adicciones o de intoxicaciones generales.
En el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que prescribe en su artículo 4° que las adicciones deben ser parte de las políticas públicas de salud mental. Solicita que Adicciones tenga presupuesto propio. Además, 32 millones de pesos para una ciudad de 3 millones de habitantes es muy poco.
Una dificultad que encontramos desde la legislatura es que podemos recorrer los efectores propios, del sistema público de salud, pero no nos permiten ingresar a los efectores privados, comunidades terapéuticas, contratados, que brindan asistencia en adicciones. Nos manejamos con informes de la Asesoría General Tutelar, AGT, que en algunos casos ha encontrado irregularidades.

- **Informe de la AGCBA "Atención clínica y social de las adicciones en servicios del sistema de Salud"**

El Informe "fue diseñado teniendo en cuenta la diversidad de estructuras y áreas que intervienen e interactúan para conformar una política integral que de respuesta a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. Se incluyen aspectos normativos, presupuestarios, organizativos y estadísticos para analizar actividades de promoción, prevención, asistenciales, de capacitación y otras vinculadas a la problemática"[9].

Debilidades Generales:

1. Las áreas de prevención, asistencia y reinserción no están integradas de modo que permitan la implementación de acciones integrales en el tratamiento de las adicciones, como establece el marco normativo (Ley nº 2318).
2. En el ámbito del Ministerio de Salud no se dispone de instituciones para alojar personas con patologías por la utilización de sustancias psicoactivas. Existen dificultades en los hospitales del sistema, ya sean especializados (psiquiátricos) o servicios de salud mental de los hospitales generales de agudos que cuentan con salas de internación, para la incorporación de pacientes con adicciones.
3. Hay una imposibilidad de seguimiento de pacientes internados en instituciones conveniadas.
4. No existe información centralizada y actualizada sobre la incidencia y la prevalencia de patologías adictivas, las fichas epidemiológicas no se remiten de manera sistemática lo que favorece el subregistro.
5. Hay falta de recursos humanos asignados para la atención de adicciones (Hospital Argerich, Centro de Salud Mental N° 3, Hospital Elizalde, Hospital Gutiérrez, Centro N° 1 de Salud Mental, Centro Carlos Gardel).
6. Pese a que se ha detectado prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en niños, no se han definido acciones ni previsto dispositivos que permitan articular los recursos disponibles entre las distintas áreas (Educación, Desarrollo Social y Salud). Las unidades de toxicología existentes resuelven las situaciones agudas, pero no existen dispositivos

[9] AGCBA - Código del Proyecto 3.11.11 – Denominación del Proyecto Atención clínica y social de las adicciones en servicios del sistema de Salud – Relevamiento- Emisión: Año 2012 – Período estudiado: Año 2010.
http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20120711_1277---Atencion-Clinica-y-Social-de-las-Adicciones-del-Sistema-de-la-S.pdf

específicos para su seguimiento y orientación, con un alto porcentaje de abandono del tratamiento y fuga de pacientes.
7. La seguridad es insuficiente en las Unidades de Guardia.
8. La red de Adicciones no tiene definido un cronograma de reuniones, que tampoco se registran en el Libro de Actas.
9. No está implementado un sistema de referencia/contrarreferencia formal para el seguimiento de las derivaciones.

Reunión de asesores – 7 de noviembre de 2012, Salón Jauretche

La Lic. Colace informa que ha recorrido diferentes efectores del sistema de salud de la ciudad. Del relevamiento realizado surge que algunos CeSaCs (Centro de Salud y Acción Comunitaria) que según la información oficial brindarían asistencia en adicciones, en realidad no lo hacen. Los servicios que funcionan dependientes del sistema de salud de la ciudad lo hacen como parte del área programática de los hospitales.

Informa también que se ha recibido recientemente en la Legislatura, la respuesta del Poder Ejecutivo a un Pedido de Acceso a Información Pública, por la Ley nº 104, que es un instrumento que tienen los diputados y todos los ciudadanos para requerir información.

La Diputada Sánchez Andía solicitó información con respecto a los siguientes puntos:

- Cuántas Comunidades Terapéuticas (CTs) hay actualmente contratadas por el Gobierno de la Ciudad, a través del Ministerio de Desarrollo Social.
- Cuánto se paga por un tratamiento. Cuál es el costo diario por atención de las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, en modalidad Ambulatoria y en modalidad Internación.
- Cuántas personas se encuentran en tratamientos ambulatorios en los efectores propios de la ciudad, que son tres: Casa Faro, Casa Puerto y Casa Flores (sumarían cuatro si se considera el Centro “Los Piletones”).
- Cuántas personas se encuentran internadas.
- Quién realiza la supervisión de los tratamientos.

Respuestas del Poder Ejecutivo:

- Cantidad de CTs contratadas: 23. Sólo 7 de ellas están en la Ciudad, y 16 están ubicadas en la provincia de Bs. As.
- Costo diario por atención de las personas con problemas del consumo de sustancias psicoactivas: entre $ 90 y $ 225, dependiendo del tipo de tratamiento (ambulatorio, internación, patología dual, mujeres embarazadas o madres con hijos).
- En los efectores propios, la cantidad de personas asistidas en 2010 fue de 126. En 2011, se atendió a 141, y hasta agosto de 2012, a 154 personas, con tratamientos ambulatorios. Hay 396 personas internadas.
- Los dispositivos de atención son directamente supervisados por la Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones, dependiente de la Dirección General de Adicciones

El mecanismo de acceso a estas prestaciones del Ministerio de Desarrollo Social se puede sintetizar de la siguiente manera: la persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas debe presentarse en la sede de Admisión sita en la calle **Piedras 1281**. Allí se realiza una entrevista. Si presenta un cuadro de intoxicación aguda por consumo, la persona es derivada, en primera instancia, al Hospital Fernández. Una vez concluida esta primera

etapa, la persona es evaluada y derivada a una CT acorde con su particularidad y para comenzar el tratamiento.

En los otros casos, el paciente es derivado a la guardia de un hospital público de la ciudad para obtener un certificado de “Apto Médico”, en el cual debe constar que se encuentra en condiciones de ingresar a una CT. La Ciudad contrata las CTs bajo la misma modalidad que el SEDRONAR, que depende de la Nación, por lo tanto las instituciones son las mismas.

Los especialistas refieren que entre el 70 y el 80% de estas personas recae luego del tratamiento.

- **Hospital de Día de Adicciones**

El Hospital de Día de Adicciones (HD) del Hospital General de Agudos “Dr. T. Álvarez” es un Grupo de Trabajo creado por la Res. N° 2.721–MSGC/08 y sus modificaciones. El equipo funcionaba desde 1989, e inicialmente se trabajaba a partir de turnos. El hecho de facilitar la obtención de los turnos en un hospital público a personas que consumen hizo que la demanda fuera aumentando. A partir de 2003, se fundó el Hospital de Día para pacientes con esta problemática. Al inicio se realizaban tratamientos individuales, luego se creó un grupo terapéutico. Las actividades se realizan entre las 8 y las 12 horas. Se brinda psicoterapia, terapia grupal, taller de teatro, de lectura, habilidades sociales, servicio social, orientación laboral. El cronograma comienza con el desayuno a las 8, y los pacientes se van después del almuerzo a las 12.30 hs.

El HD cuenta con 4 psicólogos rentados, 2 psiquiatras, 1 terapista ocupacional, 2 psicopedagogas y 1 musicoterapeuta.

También hay profesionales rentados por el Instituto de Juegos y Apuestas (IjyA) que reciben una renta mínima.

Actualmente asisten entre 10-12 pacientes, ya que el lugar es reducido. Estos pacientes concurren todos los días de 8 a 12 horas, pero esto se amplía si consideramos a los grupos terapéuticos de una vez por semana, más otro, de dos veces por semana para tratamientos individuales, multifamiliares y el grupo de tabaquismo. En total, suman alrededor de 300 pacientes, con 50-70 admisiones semanales, aproximadamente.

Se solicita turno por teléfono, por mail, o personalmente. También existe una línea 0800 perteneciente al IJyA, que otorga un turno para ser atendido en el HD.

La entrevista se realiza en forma individual. Si el paciente llega acompañado de un familiar, ese día se realiza la entrevista vincular. Luego se lo cita. Se incluye al 100% de los pacientes. Sólo en algunos casos puede ser necesaria una internación muy breve (de 4 o 5 días). En ese caso se trabaja coordinadamente con el Hospital Fernández, para la desintoxicación.

Otros casos, muy pocos, son derivados al SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico). Siempre se realiza la derivación con indicación precisa de lo requerido por ese paciente.

Otras veces, hay algún padecimiento mental grave, por lo cual es imposible incluirlo en algún grupo. Primero se lo compensa y luego se lo puede ingresar.

Es de destacar la importancia del funcionamiento de un HD de adicciones dentro de un hospital general. Este equipo lo hace, aún antes de que la Ley Nacional de Salud Mental estableciera en su artículo 4° que las adicciones pertenecen al campo de la salud mental. Este tipo de personas siguen siendo discriminadas dentro del sistema de salud. Cada vez más hospitales tienen atención de problemas de salud mental, pero no están los dispositivos para atender a las personas que consumen, tanto en esta ciudad como en el resto del país.

La integración de la persona con problemas de consumo de sustancias que comparte un mismo ámbito social con aquellos que tienen otros problemas de salud implica un hecho inclusivo y terapéutico. Esto hace que se fortalezca el "lazo social". Y al mismo tiempo se le está brindando la misma posibilidad que al resto de los pacientes del sistema.

Los pacientes con problemas de consumo muchas veces son discriminados también porque no son asistidos por profesionales. En adicciones suele aparecer la figura del "Pastor" o del "Operador", dentro del equipo; pero esto no ocurre para tratar otros problemas de salud, por lo tanto genera discriminación. Cuando, por el contrario, los pacientes ven que son atendidos por un equipo formado por un médico, un psicólogo, un trabajador social, un musicoterapeuta con guardapolvo blanco, en un hospital general, esto genera inclusión sanitaria.

Por tratarse de un dispositivo efectivo, inclusivo en todos los sentidos y de muy bajo costo, existen lugares donde se busca replicar la experiencia. En Tucumán abrieron un servicio con el mismo sistema. También existe en Pergamino, pero no en la Ciudad de Buenos Aires, aunque se dan todas las condiciones para ello.

- **<u>Situación del Centro Carlos Gardel:</u>**

El Centro Carlos Gardel no cuenta con una estructura funcional adecuada, ya que se trata de un Grupo de Trabajo que pertenece al Área Programática del Hospital Ramos Mejía.

La situación edilicia actual está normalizada, desde la mudanza a la nueva sede hace 2 años. Los trabajadores consideran que el diseño del espacio no es el apropiado para las tareas que realizan, pero las instalaciones son adecuadas.

El principal problema que tienen es el referido a los recursos humanos: cuentan con un equipo de 12 profesionales, 5 de los cuáles pertenecen al escalafón general, por lo que perciben un salario menor a los profesionales de carrera y no acceden a los mismos beneficios laborales. También hay dificultades con la provisión de medicamentos; actualmente el Centro no recibe medicamentos, por lo que los pacientes que realizan tratamientos psicofarmacológicos deben efectuar trámites en otras dependencias para acceder a ellos gratuitamente.

8. RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Cláusula Transitoria Segunda de la Ley 448

La cláusula transitoria segunda de la Ley 448 prescribe que "La autoridad de aplicación debe realizar, dentro de los trescientos sesenta (360) días de promulgada la presente Ley, un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación."

El trabajo de la comisión da cuenta de que esta cláusula se encuentra pendiente de cumplimiento, y vamos a ver por qué.

En la reunión de asesores de la comisión del 15 de agosto del corriente, se dijo que el último relevamiento fue en 1984, y nunca más se realizó otro. La necesidad de tener un registro –además de que así lo establece la ley- se basa en que, si sabemos qué sucede hoy, podemos proyectar para mañana. Tampoco la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un relevamiento de los trabajadores del sistema.

Además si contáramos con un relevamiento de agentes del sistema, confirmaríamos la distribución "hospitalocéntrica" de los recursos humanos en el sistema de salud. Deberíamos tender hacia un modelo de atención comunitaria

Esto resulta agravado porque el sistema de salud mental tiene más del 50 % de su personal ad honorem. Esto nos hace preguntarnos qué pasaría si no trabajaran los concurrentes.

Como parte del respeto a los derechos humanos debemos tomar conocimiento de la realidad y evitar toda internación injustificada o prolongada más allá de lo necesario. En las internaciones a largo plazo los pacientes se deterioran. En el Moyano recientemente una paciente cumplió 101 años, y hace 70 que está ahí.

En el Informe "Vidas Arrasadas" una de las propuestas consiste en **"Revisar todas las internaciones psiquiátricas".** Recomienda llevar adelante "una revisión de todas las historias clínicas de las personas alojadas en instituciones de salud mental a mediano y largo plazo. Ello con el fin de identificar las necesidades que éstas tengan de servicios en la comunidad y organizar su posterior alta, decidiendo las prioridades en cada caso, conjuntamente con los directores de los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, Ley 448, establece tal revisión de las admisiones en los hospitales psiquiátricos. Esta provisión debería ser implementada en todo el país y no sólo en la ciudad de Buenos Aires." [1]

En esta Legislatura se está realizando en este momento un intenso debate acerca de la creación de un Órgano de Revisión en Salud Mental, a partir de un Proyecto de Ley presentado por la Presidente de la Comisión, la Diputada Virginia González Gass. El proyecto n° 2464 D 12, prevé la creación, en el ámbito de la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Órgano de Revisión en Salud Mental con el objeto de proteger los derechos humanos de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental, en consonancia con lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. [2]

[1] Informe "Vidas Arrasadas - La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos" Un Informe Sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina - CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) 2007.http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

[2] http://www.cedom.gov.ar/

9. PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIA PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL (P.A.C.)

En el año 2012 se trabajó desde la Legislatura para evitar el desmantelamiento del Programa PAC, cuyo trabajo seguía los postulados de la Ley 448 y de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Este programa brindaba atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial, con un enfoque en red, caso por caso, brindando contención socio familiar y evitando internaciones y medicación innecesarias.

Se realizaron reuniones de legisladores de la oposición con altos funcionarios para evitar su desmantelamiento y se presentaron diversos proyectos legislativos. Algunos consistieron en Pedidos de Informes y también un Proyecto de Declaración para destacar la labor del equipo interdisciplinario que allí actuaba, cuyo trabajo fue elogiado y premiado por instituciones académicas nacionales e internacionales.

En ocasión de la visita dela Ministra de Salud Graciela Reybaud a la Legislatura para discutir el presupuesto 2012, se le consultó acerca de la continuidad de este programa. La respuesta de la ministra no despejó las dudas que se tienen acerca de su funcionamiento, ya que el equipo de coordinadoras que lo creó ha quedado desvinculado de él.

Proyectos relacionados con el tema:

- Proyecto N° 1285-D-12. Informes referidos al Programa de atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos. Dip. Presman. Dip. Campos. Sancionado.
- Proyecto N° 2008- D- 12. Informes sobre programa de atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos. (PAC). Dip. Form. Expediente agregado al anterior.
- Proyecto N° 1576-D-12. Ley - Programa De Atención Comunitaria (PAC). Dip. Selser. En comisión.
- Proyecto N° 710 D 12. Declaración. Beneplácito por el trabajo realizado por los profesionales que integran el Programa de Atención Comunitaria de Niñas, Niños y Adolescentes con trastornos mentales severos, "PAC", dirigido a población en situación de alta vulnerabilidad psicosocial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dip. González Gass. En comisión.

10. LA SALUD MENTAL VULNERADA

Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental

La atención de la Salud Mental, en el sistema público estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, está sufriendo un grave proceso de deterioro y destrucción, en cuanto a su concepción y su funcionamiento. El gobierno de la ciudad, responsable de la política en el área, emitió apenas comenzado el año y muy sigilosamente la Resolución N°52/12, por la cual se llama a licitación pública para la contratación del "Servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y pacientes gerontopsiquiátricos, con atención médica integral en salud mental, con el objeto de lograr su rehabilitación y su reinserción social".
Este acto de gobierno, por el cual se derivan dineros públicos hacia el sector privado, contradice de forma sumamente lesiva, los lineamientos expresados por la Constitución de la Ciudad, la Ley N°448 de Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. El marco legal es sumamente claro en cuanto a la imprescindible transformación del actual modelo de atención en Salud Mental, estableciendo para ello, la creación y apertura de dispositivos para la atención, rehabilitación y reinserción social de las personas con padecimientos mentales. Así mismo, se establece que la internación de pacientes, debe ser considerada "como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios".
También según las leyes, se establece que las problemáticas de salud mental deben ser tratadas desde la perspectiva interdisciplinaria, considerando el aporte de la multiplicidad de prácticas y saberes del campo de referencia. Esta Resolución, no sólo contradice la legalidad, sino que hace gala de un anacronismo evidenciado por la historia y la realidad, al clasificar a los pacientes meramente como "psiquiátricos". Los resultados devenidos por la acción de una "omnidisciplina", perpetúa el modelo asilar – manicomial, y en base a ello resulta perjudicial y retrógrado intentar subordinar a la Salud Mental, desde una visión de "modelo médico hegemónico".
Este accionar del gobierno del Ing. Macri, no se reduce a la transgresión generada desde la mencionada Resolución, sino que apunta y se complementa también, con el cierre y desfinanciamiento de diversos dispositivos de atención existentes, tales como el P.A.C. (Programa de Atención Comunitaria para niños/as y adolescentes), dependiente del Centro de Salud Mental N°1 "Hugo Rosarios".
La Resolución N°52 permite visualizar el doble perjuicio que se genera: en primer lugar, porque atenta contra la atención de la población, contrariando lo que expresa la Constitución de la Ciudad, según la cual debe concretarse un proceso de "desinstitucionalización progresiva", creando una red de servicios y protección social y garantizando su atención en los establecimientos estatales. Así, no sólo se priva de los recursos necesarios para la creación de los dispositivos, sino que también se desatiende lo existente, con graves consecuencias. Por otro lado, se intenta "tercerizar" la atención, derivando hacia clínicas privadas, sosteniendo la "internación prolongada" como modalidad asilar-manicomial. La Constitución de la Ciudad expresa que "no se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector…". En el marco de este accionar, debe recordarse que este mismo gobierno ya lo ejecutó con la atención de las adicciones (sustrayendo la pertinencia de las mismas al área de salud mental y delegando la atención en instituciones privadas). Esto, sin eufemismos, implica la privatización del sistema de salud mental.
No podemos dejar de asociar a este estado de situación que, hace pocos días, el propio Macri presentó el megaproyecto inmobiliario denominado "Centro Cívico", y que en un primer paso licitará la construcción de un edificio donde se albergarán la Jefatura de Gobierno y varios ministerios a un costo inicial de $ 280 millones, justamente en terrenos del Hospital Borda y el ex Hospital Rawson. A pesar del hermetismo, es indudable al observar los proyectos ganadores del concurso, que avanzará hacia los terrenos de los

otros hospitales de salud mental lindantes. Pese a la evidencia, en ningún momento se ha hecho público cómo ha de resolverse la situación de las aproximadamente 1.700 personas internadas en los hospitales monovalentes Borda, Moyano y Tobar García, respetando lo establecido taxativamente por las leyes vigentes. Cabe consignar como dato reciente, que las topadoras han comenzado a demoler instalaciones, entre las que se encuentra el "Taller Pan del Borda", sin aviso ni explicación.
Este avasallamiento del ejecutivo porteño, demuestra que su interés es satisfacer la avidez por proyectos inmobiliarios a gran escala, de los cuales participan conocidas empresas constructoras. La Resolución N°52 anticipa el escenario que se proyecta. El accionar del gobierno sustituye la prioridad de la transformación de la salud mental (que lleva doce años de postergación), por los beneficios de "progreso" que presentará para la población este megaproyecto para la zona Sur.
Estamos ante una emergencia que, por su gravedad, requiere de una respuesta inmediata a estos desatinos del Gobierno de la Ciudad, que también desnuda complicidades y llamativos silencios corporativos. En un espacio intersectorial e interinstitucional hemos confluido un conjunto de actores, vinculados y preocupados por este presente contradictorio para con los objetivos establecidos para la salud mental de la ciudad, ante la imperiosa necesidad de actuar partiendo desde dos ejes: la movilización de la comunidad, los pacientes y sus familiares y los trabajadores del sistema y, en otro plano, la defensa de la legalidad, mediante presentaciones ante la Justicia.
Sin más dilaciones, el Gobierno de la Ciudad debe cumplir con las leyes que propician los cambios para la Salud Mental y, en base a ello, exigimos la inmediata asignación de los recursos para instituir la apertura de camas de internación en hospitales generales, casas de medio camino, hospitales de día, residencias protegidas, emprendimientos sociales y el conjunto de dispositivos establecidos en el Art. 14° de la Ley 448. El proceso de desinstitucionalización que propicia el conjunto de leyes vigentes no admite especulaciones ni engaños: defender el hospital público no es defender los "manicomios" o instituciones asilares.
En virtud de lo expuesto es que las organizaciones profesionales, sociales y representantes políticos abajo firmantes convocamos a sumarse a esta lucha ligada a los derechos de la población, para contar con un sistema de salud mental digno y eficaz, del cual son también tributarios sus trabajadores.
Desde esta convocatoria amplia y plural, apoyaremos las presentaciones ante la Justicia, el consenso para establecer una gran movilización hacia la sede de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad en fecha próxima a determinar y todas las acciones que resulten pertinentes para el efectivo cumplimiento de las leyes de Salud Mental.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 5 de marzo de 2012.

FIRMANTES:

- MESA PERMANENTE INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL – AASM –
- ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL ALVEAR – COMISIÓN DIRECTIVA –
- ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL ALVAREZ – C.D.
- ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL N°3 "AMEGHINO" – CD.
- DIPUTADA MARIA ELENA NADDEO – LEGISLATURA C.A.B.A.
- DIPUTADO JORGE SELSER – LEGISLATURA C.A.B.A.
- DIPUTADA SUSANA RINALDI – LEGISLATURA C.A.B.A.
- DIPUTADA VIRGINIA GONZALEZ GASS – LEGISLATURA C.A.B.A.
- LEONARDO GORBACZ – DIPUTADO NACIONAL (MC) – AUTOR LEY NACIONAL 26.657 De Salud Mental
- FORO DE INSTITUCIONES DE PROFESIONALES EN SALUD MENTAL - CABA
- COLECTIVO 448 DE SALUD MENTAL
- ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS DEL GOB. CIUDAD AUT. DE BS.AS. – APGCABA -
- FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA

- RED ARGENTINA DE ARTE Y SALUD MENTAL
- CÁTEDRA LIBRE DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS – FACULTAD DE MEDICINA - UBA

- FORO DE INSTITUCIONES DE PROFESIONALES EN SALUD MENTAL DE LA C.A.B.A. INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES:

  - ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS DEL GOB. CIUDAD AUT. DE BS.AS. – APGCABA –
  - ASOCIACION DE PSICÓLOGOS DE BUENOS AIRES – APBA –
  - ASOC. ARG. DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA – ASAPPIA –
  - ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TERAPIA COGNITIVA
  - ASOCIACIÓN COLEGIO DE PSICOANALISTAS
  - ASOCIACIÓN SISTÉMICA DE BUENOS AIRES – ASIBA –
  - ASOCIACIÓN ESCUELA ARGENTINA DE PSICOTERAPIA PARA GRADUADOS – AEAPG –
  - ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA – APA –
  - ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DE BUENOS AIRES – APdeBA –
  - ASOCIACIÓN GESTÁLTICA DE BUENOS AIRES – AGBA –
  - ATENEO PSICOANALÍTICO –
  - ATICO COOPERATIVA DE TRABAJO EN SALUD MENTAL
  - CENTRO ORO
  - FUNDACIÓN CIAP – CENTRO DE INVESTIG. Y ASESORAMIENTO EN PSICOLOGÍA
  - ASOCIACIÓN ARGENTINA DE PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO – AAPPG -
  - LIC. MARTA BERSTEN
  - ASOCIACIÓN DE SALUD DE LOS ARGENTINOS – ASPA – JORGE RACHID –
  - ASOCIACIÓN CIVIL PROFESIONALES LATINOAMERICANOS CONTRA EL ABUSO DE PODER
  - FRENTE DE TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA KBA – NORA CAPPELLETTI
  - MOVIMIENTO DE JÓVENES MILITANTANTES POR LA LEY NACIONAL 26.657 DE SALUD MENTAL
  - CASA SOCIAL DE BOEDO – INTEGRANTE COMISIÓN DE SALUD DEL FPV - COMUNA 5

<u>11. HOSPITAL TOBAR GARCÍA</u>

Obra de Refuncionalización Integral (Octubre 2012)

El 18 de octubre de este año se realizó, finalmente, la inauguración de la obra de Refuncionalización Integral del Hospital Infanto Juvenil Tobar García.

La obra había comenzado en el año 2006 y debía concretarse en un plazo de 18 meses, pero en noviembre de ese año fue totalmente paralizada.

Desde nuestra comisión el apoyo brindado fue decisivo para los trabajadores que impulsaron la lucha para terminar las obras.

La Diputada María Elena Naddeo, acompañó los reclamos durante toda su gestión. Como Presidente de esta comisión y luego como Presidente de la Comisión de Mujer Infancia y Adolescencia, se convirtió en un pilar fundamental para hacer visible el problema y encarar todas las acciones que ahora culminan con esta inauguración.

La actual Presidente de la Comisión de Seguimiento, Diputada Virginia González Gass se comprometió con esta lucha desde que accedió a su banca. En el Anexo Documental se encuentra información referida al acompañamiento incondicional que se realizó desde la Legislatura, en el Informe Julio 2012 de esta comisión, Parte I. También forman parte de dicho informe algunos proyectos legislativos presentados oportunamente. Es de destacar el Pedido de Informes referido a la Empresa Riva S.A. presentado por la Presidente de la comisión.

En la ceremonia de inauguración la Diputada González Gass expresó:

"Nosotros, desde la Legislatura, sólo fuimos un granito de arena para que esto se hiciera posible; sin la lucha de todas las personas que defienden la salud pública esto no hubiera sido posible".

** <u>Nota</u>:*

La legislatura recibió, con fecha 31 de octubre del presente año, una nota dirigida a las Comisiones de Obras y Servicios Públicos, Salud y Salud Mental, informando sobre la presentación por vía administrativa de un pedido de auditoría para las obras de refuncionalización del hospital, firmada por el Dr. Diego Friedman, miembro de la Asociación de Profesionales y de la Comisión Asesora de Refuncionalización Integral.

La presentación consiste en un pedido de auditoría por parte de la Auditoría General de la Ciudad de Bs. As. [AGCBA], por "presunción de comisión de mala praxis en el proceso de Refuncionalización Integral de nuestro Hospital que pudiese haber causado perjuicio a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

12. CONSEJO GENERAL DE SALUD MENTAL – CoGeSaM -

Avanzar en las transformaciones propuestas por la legislación vigente para salud mental, implica darle espacio a la participación de los diferentes actores que intervienen en dicha área. Por ello, la Ley 448 estableció la creación del Consejo General de Salud Mental, como una instancia de asesoramiento no vinculante para la autoridad de aplicación. Este Consejo (CoGeSaM), comenzó a funcionar ininterrumpidamente a partir de mediados del año 2003. Con la participación de representantes del sistema público estatal, instituciones académicas, asociaciones profesionales y gremiales e instituciones del sector privado, de forma participada se intervino en la elaboración del Plan de Salud Mental (2002-06) y la Reglamentación de la Ley 448.

Sin haberse informado los motivos o fundamentos que lo pudieran justificar (considerese que la ley 448 establece que el CoGeSam debe ser convocado no menos de 6 veces por año), las reuniones dejaron de realizarse a partir de agosto del año 2011. A principios del mes de octubre del mismo año, se oficializó un recambio del funcionario a cargo de la Dirección General de Salud Mental. Cesó en las funciones, el Dr. Alberto Garralda y ocupó dicho cargo la Dra. María Grosso. Luego de haber transcurrido prácticamente un año de su asunción, la Dra. Grosso recién ha convocado a una reunión "preparatoria", que habilitará a una reunión formal para marzo del 2013. De esta forma, habrán pasado diecinueve meses sin el funcionamiento legal de dicho Consejo.

Resulta muy significativo, que esta desmovilización del CoGeSaM, ocurra en momentos en que se fueron generando hechos y acciones que han impactado de sobremanera en el área de salud mental. Vale citar entre ellos, la falta de gas en el hospital Borda por más de un año; el desplazamiento del Dr. Rubén Slipak como director del Centro de Salud Mental N°3 "Ameghino"; la intervención y desplazamiento de las coordinadoras (psicólogas) del "Programa de Atención Comunitaria para niñas/os y adolescentes con trastornos mentales severos", conocido como "PAC" y el traslado de dicho dispositivo (que venía ejerciendo una encomiable labor) a la órbita de un hospital monovalente (Tobar García), contrariando la esencia de dicho dispositivo; el llamado a licitación para transferir pacientes de hospitales monovalentes a clínicas privadas (Resolución N°52/12); el desplazamiento del Dr. Víctor Dubrowsky como director del Hospital de Emergencias en Salud Mental "Alvear"; el intento de avanzar sobre terrenos del Hospital Borda para la construcción del megaproyecto "Centro Cívico".

A estas acciones concretas realizadas por la actual gestión, se debe sumar como contrapartida, lo no cumplimentado. Pese a reiteradas promesas del ministro de salud saliente, Dr. Jorge Lemus (expresadas pública y reiteradamente desde el año 2008 en la Legislatura), los dispositivos más urgentes, como las camas de internación en hospitales generales y las casas de medio camino, no fueron puestas en funcionamiento.

Así también, debe resaltarse que al no funcionar el CoGeSaM, no se generaron recomendaciones respecto de la asignación del presupuesto anual del área, tanto para el ya casi fenecido año 2012, como al del año entrante (2013). Ambos presupuestos reiteran destinar casi la totalidad de lo asignado, a los cuatro hospitales monovalentes de salud mental (Borda-Moyano-Tobar García-Alvear), sin acordar recursos a los dispositivos establecidos en el artículo 14° de la Ley 448.

Podría evaluarse que ante este estado de situación, el pleno funcionamiento del Consejo General de Salud Mental, resulte para la autoridad de aplicación, más que un asesoramiento posible una incomodidad frente a la política desplegada, la cual decididamente y grandes rasgos, no se encuadra en los lineamientos establecidos por la Constitución de la Ciudad, la Ley Básica de Salud N°153 y la Ley 448 de Salud Mental. Por ello, debe considerarse que la falta de convocatoria al CoGeSaM, tanto en el marco de la legalidad, como así también en el de la legitimidad que implica la participación de la comunidad respecto de la salud mental, así lo demuestra.

13. CENTRO CIVICO

Uno de los proyectos más ambiciosos de la actual gestión de gobierno de la ciudad, es el megaemprendimiento denominado “Centro Cívico”. Este proyecto relanzado en el transcurso del año, ha impactado sobremanera en el marco de la salud mental, a partir de requerir para su implementación gradual, de terrenos pertenecientes a los hospitales monovalentes de salud mental, sitos en la zona de Barracas (Borda-Moyano-Tobar García).
Ya en septiembre de 2006, el entonces Jefe de Gobierno Jorge Telerman, de otro signo político, había propuesto cambiar la sede gubernamental. “Los terrenos en mente para tal fin eran dos, los ubicados a escasos metros a la estación Sáenz, del barrio de Pompeya, y los apretados entre el estadio del club Huracán y la Estación Buenos Aires, en Barracas”. [1]
El proyecto que impulsa el gobierno, surgió de un concurso realizado por la Sociedad Central de Arquitectos y apunta a trasladar de forma gradual la totalidad de las dependencias gubernamentales, en terrenos pertenecientes a los hospitales de salud mental, Moyano, Tobar García y Borda, y el ex Hospital Rawson. También avanzaría sobre los terrenos donde funcionan los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental.
Este proyecto, en un primer momento fue resistido por casi la totalidad de las asociaciones de trabajadores y profesionales del área de salud y salud mental. Actualmente y luego de un acuerdo con algunas de las principales organizaciones sindicales y profesionales, el gobierno de la ciudad intentó avanzar con el emprendimiento, pero fue resistido por otros sectores gremiales y profesionales, legisladores de la oposición y organizaciones de la comunidad.
Por su parte el gobierno, a sabiendas de que el desarrollo de su proyecto indudablemente afectaría terrenos e infraestructura de los efectores de salud mental ubicados en esa zona de Barracas, no estableció consultas con los diversos sectores involucrados, como así tampoco dio precisiones sobre las acciones que emprendería consecuentemente, para cumplir con las transformaciones pendientes en salud mental y que obligatoriamente establece la Ley 448. El gran interrogante resulta, en caso de avanzar con el Centro Cívico, que destino se le dará a los aproximadamente 1.600 pacientes internados en los tres hospitales monovalentes de la zona.
Debe recordarse, que ya a principios del año 2008, en la primera gestión del actual gobierno, de forma sorpresiva e inconsulta, presentaba en el ámbito de la Academia Nacional de Medicina y mediante un “Power Point”, un supuesto “plan de salud mental”, que avanzaría en la formalización de un nuevo modelo de atención de salud mental en consonancia con la ley. Al tomarse conocimiento de la propuesta, la misma contradecía cabalmente los contenidos de la Ley 448, al proponer la creación de nuevos efectores de internación y la centralización de la atención de la demanda. Indudablemente ya en esos momentos, se vislumbraba la decisión de desocupar los hospitales monovalentes, para poder disponer de sus terrenos. Este proyecto fue objetado y resistido desde el CoGeSaM [Consejo General de Salud Mental] hasta la mayoría de las instituciones y asociaciones de la salud mental. Pese a que el gobierno avanzó con la publicidad en los medios de comunicación, para el llamado a licitación de 10 “Centros de Internación” de 50 camas cada uno y un “Centro de Evaluación y Derivación”, el plan presentado quedó sin efecto.
El actual proyecto del Centro Cívico, ha generado una gran resistencia, por gran parte del conjunto de los trabajadores de la salud, de casi toda la oposición política y diversos sectores de la comunidad. En primer lugar, se cuestiona la oportunidad de llevar adelante este emprendimiento (en tanto existen otras prioridades a ser atendidas, como por ejemplo en las áreas de salud, salud mental, educación y vivienda), considerando el gran despliegue de recursos que se deberían destinar para dicho proyecto.
A partir de la decisión del gobierno de llevar adelante el emprendimiento, se han sucedido presentaciones ante la justicia, con el fin de detener el avance del proyecto. También en ese sentido se han realizado movilizaciones de los trabajadores del sector salud, se han redactado documentos fundamentando la oposición al proyecto y se han concretado

numerosas actividades de la sociedad civil, con el apoyo de legisladores, integrando esta lucha a la defensa de los espacios verdes públicos.
Resulta indudable que la propuesta del Centro Cívico, generará otros beneficios secundarios, ya que por una lógica revalorización de la zona de Barracas, se favorecerán empresas constructoras e inmobiliarias y que por lo tanto constituye un gran negocio.
Al mismo tiempo, el incumplimiento de las políticas de transformación explicitadas en el marco legal vigente, está afectando los derechos humanos de las personas internadas en los hospitales monovalentes de salud mental, desde hace tanto tiempo.
Así mismo, debe quedar claro, que la defensa del hospital público, no debe confundirse con el sostenimiento de un modelo de atención perimido. Las transformaciones propuestas por la Ley 448 de la Ciudad y la Ley Nacional 26.657 de salud mental resultan imprescindibles y no deben ser negociables.

[1] [Sur Capitalino. Nota de Horacio Spalleti Agosto 2009 Proteger Barracas] http://www.protegerbarracas.com.ar/surcapitalino.pdf

14. RESOLUCIÓN N° 52 -

-LLAMADO A LICITACIÓN PARA CONTRATAR SERVICIO DE INTERNACIÓN PROLONGADA-

En pleno inicio del año 2012, el Gobierno de la Ciudad por intermedio de su Ministerio de Salud emitió la Resolución N°52/MGCB/12, por la cual se llamaba a licitación pública para la contratación del “Servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y gerontopsiquiátricos, con atención médica integral en salud mental, con el objeto de lograr su rehabilitación y su reinserción social”.
Este acto administrativo gubernamental, generó tanto por su objetivo como por su concepción, una inmediata oposición. En cuanto al objetivo, por contradecir seriamente los lineamientos expresados en la Constitución de la Ciudad y las leyes de Salud Mental N°448 y N°26.657 (nacional), que apuntan a avanzar en la transformación del modelo vigente de atención (de neta concepción asilar con internaciones crónicas), hacia un modelo basado en la atención ambulatoria y comunitaria, mediante la apertura de diversos dispositivos sustitutivos (art. 14° Ley 448).

Ambas leyes de salud mental, son muy explícitas en cuanto a considerar que la internación de personas debe hacerse solamente cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios y bajo todos los resguardos necesarios para no transgredir todos los derechos de las personas asistidas.
También el rechazo a dicha resolución, se amparó en la concepción ideológica-científica que daba sustento al dispositivo de internación. Con un desconocimiento supino por lo establecido por las leyes de salud mental, se caracterizó al recurso de internación, como netamente “psiquiátrico” y la atención integral en salud mental, como exclusivamente “médica”.
Resulta retrógrado que desde la máxima autoridad del área de salud y salud mental, se intente restaurar un modelo médico-psiquiátrico hegemónico, que ha sido superado por los avances de las diversas prácticas y disciplinas en todo el mundo y esto refrendado por las leyes de salud y salud mental. La historia de la atención de los padecimientos mentales, es muy demostrativa en cuanto a los resultados de depender de una “omnidisciplina”.
Por ello, la legislación vigente es muy taxativa en cuanto a que el modelo de atención impulsado desde el nuevo paradigma de atención en salud mental, tiene su basamento y proyección, en la concepción “interdisciplinaria”.

“La Resolución N°52 permite visualizar el doble perjuicio que se genera: en primer lugar, porque atenta contra la atención de la población, contrariando lo que expresa la Constitución de la Ciudad, según la cual debe concretarse un proceso de “desinstitucionalización progresiva”, creando una red de servicios y protección social y garantizando su atención en los establecimientos estatales. Así, no sólo se priva de los recursos necesarios para la creación de los dispositivos, sino que también se desatiende lo existente, con graves consecuencias. Por otro lado, se intenta “tercerizar” la atención, derivando hacia clínicas privadas, sosteniendo la “internación prolongada” como modalidad asilar-manicomial. La Constitución de la Ciudad expresa que “no se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector…”. En el marco de este accionar, debe recordarse que este mismo gobierno ya lo ejecutó con la atención de las adicciones (sustrayendo la pertinencia de las mismas al área de salud mental y delegando la atención en instituciones privadas). Esto, sin eufemismos, implica la privatización del sistema de salud mental”. (1).
Con fecha 10 de febrero del 2012, desde una dependencia del gobierno, se emitió una “disposición”, suspendiendo la fecha de apertura de ofertas para la licitación para el 9 de

marzo. Hasta la fecha se desconocen otros actos administrativos que den cuenta de la continuidad de este llamado a licitación.
Con la oportuna intervención de diferentes organizaciones y asociaciones que apoyan el avance propuesto por las leyes de salud mental, como así también por la intervención de varios diputados de la ciudad pertenecientes a bloques de la oposición, se logró inhibir de forma transitoria esta acción del gobierno, que claramente transgredía los lineamientos vigentes por las leyes de salud mental. (2).

(1) Documento "Buenos Aires: la Salud Mental Vulnerada", de la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental. 05 de marzo de 2012.
(2) http://www.jorgeselser.com/doc/jorge_amparo.PDF

15. PRESUPUESTO 2013

El jueves 1 de noviembre del corriente, como es costumbre cada año, la Ministra de Salud, Dra. Graciela Reybaud, se presentó en la Legislatura Porteña junto a su gabinete y equipo de asesores para exponer ante los diputados el Proyecto del Presupuesto de Salud correspondiente a 2013.

La presentación de la Ministra se orientó sobre tres ejes: Resumen de la gestión 2012, Plan de Salud 2013 y Presupuesto 2013.

En lo que respecta a obras de infraestructura en Salud Mental, la Ministra afirmó que durante 2012 en el Hospital Alvear se realizaron tareas de reestructuración y puesta a cero de los sanitarios del pabellón central, en el Centro de Salud Mental "Arturo Ameghino" se reforzaron las estructuras de los muros y se realizaron obras varias, en el Hospital Borda hubo una remodelación, renovación y ampliación de núcleos sanitarios del Pabellón Central, se crearon los nuevos Talleres Protegidos y se hicieron instalaciones varias como aires acondicionados, cocina – actualmente en remodelación- y obras completas de gas que se prevé culminarán en marzo de 2013 y, por último, en el Hospital Tobar García finalizó la construcción del nuevo edificio.

En su exposición la Ministra destacó también que durante el año 2012 en Salud Mental se abrió una Residencia Protegida para menores de 18 años en la casa de la calle Juez Magnaud, la cual se encontraría operando desde septiembre de este año y con una capacidad de 12 camas. No se han encontrado las partidas presupuestarias correspondientes a dicho dispositivo ni se cuenta con información del mismo. Asimismo, se mencionó como novedad la apertura de una casa de medio camino en la calle Juan B. Alberdi para población adulta, cuando en verdad ésta se encuentra en funcionamiento desde hace varios años.

En relación al plan de Salud Mental previsto para el próximo año, la Dra. Graciela Reybaud hizo hincapié en profundizar la articulación de los distintos niveles de atención: CESAC, hospitales generales y hospitales monovalentes de Salud Mental, propiciando que en cada uno de los CESAC existan psicólogos y psiquiatras. Anunció la apertura de nuevos dispositivos – dispuestos según la ley 448 -: casas de medio camino, residencias protegidas, hospitales de día y de noche, centros de día y departamentos asistidos. Ninguno de estos anuncios encuentra reflejo en el proyecto presupuestario que presentaron. Por último se afirmó tienen previsto para el 2013 modificar la ficha epidemiológica del Programa de la Dirección General de Salud Mental y organizar un censo poblacional epidemiológico de salud mental de la Ciudad.

Respecto al presupuesto 2013 de Salud Mental para la CABA a los hospitales de Salud Mental con camas de internación, a saber, Alvear, Borda, Moyano y Tobar García el presupuesto asignado fue 88% del total, mientras que sólo el 12% restante fue destinado a efectores sin internación (gráfico 1). Queda en evidencia, pues, que todas las acciones tendientes a modificar el modelo actual de Salud Mental, según lo establece la ley, no se tendrán en cuenta para el próximo año.

Al respecto la Diputada Virginia Gonzalez Gass indagó en este último tema, recibiendo por parte de la Ministra y sus funcionarios respuestas poco satisfactorias en relación a dichos porcentajes, los cuales reflejan una postura de no transformación del actual paradigma en Salud Mental.

También la Diputada del Partido Socialista Auténtico preguntó por la incorporación de dos ambulancias destinadas a la atención de salud mental, las cuales habían sido prometidas por el Dr Crescenti en el año 2010, comprometiéndose la Ministra a revisar el tema en detalle.

Asimismo, la Diputada inquirió en lo relativo a la apertura de camas de internación en salud mental en hospitales generales, tema que se viene tratando año tras año en las reuniones de discusión de Presupuesto, sin resultado fáctico alguno.

La Diputada González Gass indagó también por la creación de dispositivos intermedios, que si bien se anunciaron, no se presupuestaron, respondiendo la Ministra que para ese tipo de

emprendimientos tendrían que crear partidas presupuestarias nuevas, lo cual se traduce en que estos efectores no han sido contemplados en primera instancia. Finalmente la legisladora ahondó respecto al concepto de “transferencias al sector privado para financiar gastos corrientes” en donde no se especificaba de manera clara el destino de 19 millones de pesos.

Para mayor detalle, se puede encontrar un fragmento de la Versión Taquigráfica de dicha Reunión de Presupuesto en el Anexo Documental del presente Informe.

En síntesis, puede aseverarse que a la diputada Virginia González Gass, Presidenta de la Comisión de Salud Mental, ninguna pregunta se le respondió de manera clara y concisa, excepto la de incorporar nuevas ambulancias a dicho sector, en donde la Ministra se comprometió a estudiar el caso.

En conclusión, en lo que respecta a Salud Mental, el oficialismo no reflejó en el Presupuesto 2013 la voluntad política de cumplir con la Ley n° 448.

Grafico 1

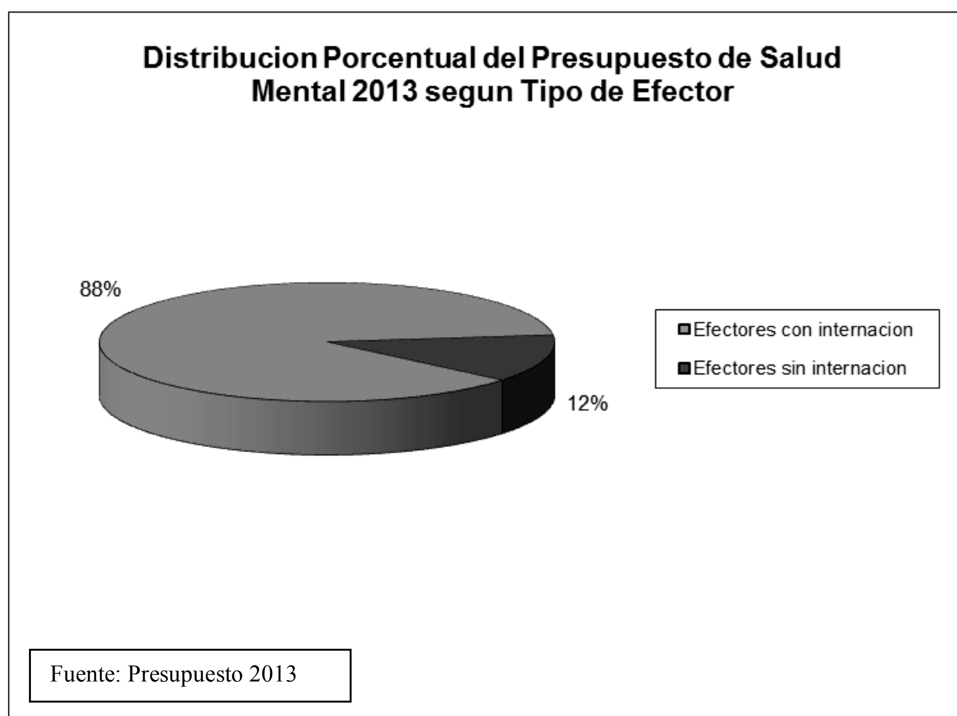
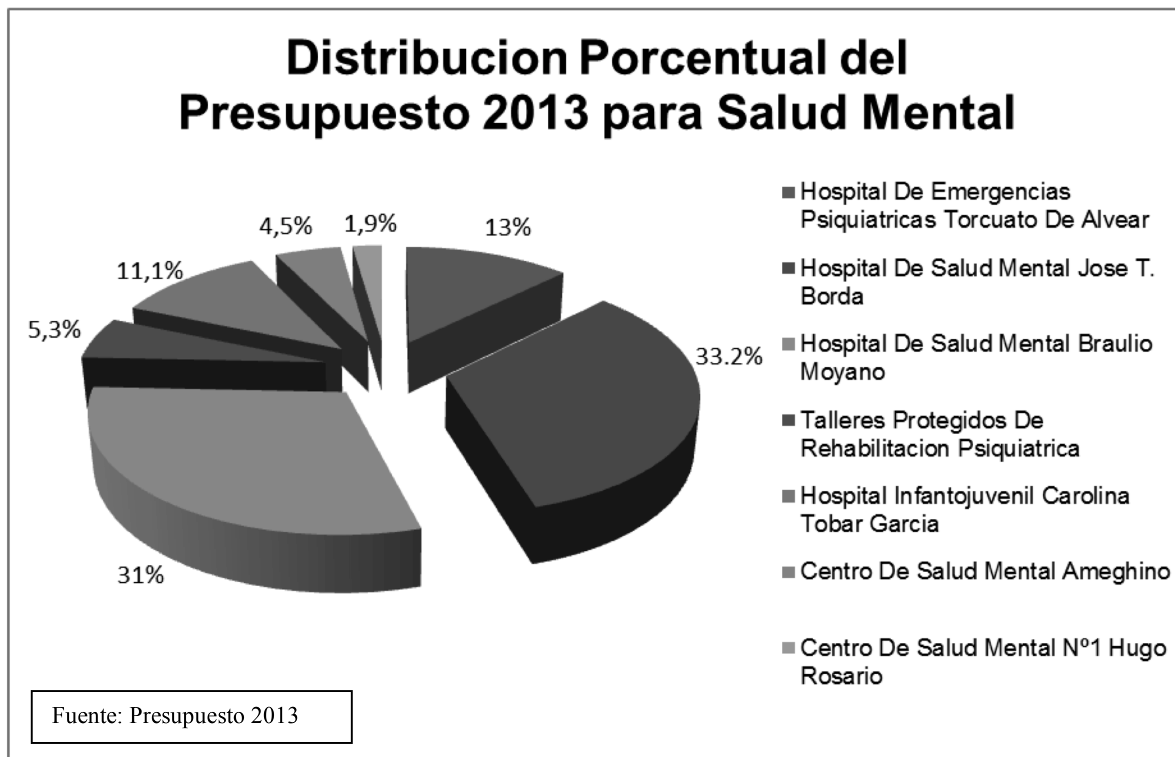


Grafico 2



Fuente: Presupuesto 2013

16. PROPUESTAS

Elaborar un Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires.
Convocar a los distintos actores sociales involucrados a un proceso de planificación estratégica que otorgue viabilidad y sustentabilidad al Plan.
Realizar estudios epidemiológicos que permitan producir un diagnóstico preciso y actualizado de las problemáticas de salud mental en la CABA.
Derogar la Resolución Nº 0813/MSGC del 26/4/10 y toda otra normativa restrictiva al acceso por parte de los psicólogos a cargos de ascenso y conducción de áreas hospitalarias, dirección de hospitales y centros de salud que resulten contrarias al Art. 12 Inc. L de la Ley 448 de Salud Mental de la CABA y al Art 10 de la Ley 23.277 de Régimen Legal del Ejercicio de la Psicología.
Actualizar y modificar las estructuras funcionales hospitalarias del área de Salud Mental con el objetivo de adecuarlas a la conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a lo estipulado en la Ley 448.
Transferir la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a partir del reconocimiento de las adicciones como un padecimiento de salud mental que debe ser incluido en las políticas públicas del área.
Completar la Reglamentación de la Ley N° 2.318 , Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Practicas de Riesgo Adictivo, garantizando una política integral y sistemática por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la articulación interministerial de las acciones. Cabe destacar que hasta la fecha la Ley sólo ha sido reglamentada por el Ministerio de Desarrollo Social, pero no por el resto de los ministerios.
Generar campañas sistemáticas de prevención de las adicciones con evaluación de impacto, tal como lo establece la Ley.
Replicar experiencias como la que desarrolla el Grupo de Trabajo del Hospital de Día de Adiciones del Hospital "Dr. T. Álvarez", caracterizada por su eficacia, inclusión social y sanitaria y bajo costo.
Capacitar a los profesionales de Salud Mental en la problemática de las adicciones y los modelos alternativos y transformadores de abordaje.
Abrir nuevas salas y camas de internación en hospitales generales. Capacitar a los diferentes actores involucrados, a fin de facilitar el complejo proceso que esto implica.
Completar los nombramientos de personal en equipos Interdisciplinarios de salud mental en guardias en hospitales generales.
Fortalecer el Programa ADOP ADOPI, cuyas acciones se enmarcan en los postulados de la Ley 448, en la medida que evita internaciones, promueve el mantenimiento de los lazos sociales y familiares y trabaja desde un enfoque interdisciplinario.
Abrir nuevos dispositivos alternativos indicados por la Ley 448 para llevar adelante la transformación del modelo asilar, tales como Hospitales de Noche -como el que funciona actualmente en el Hospital Borda- y Casas de Medio Camino.
Avanzar en la apertura de nuevos servicios de Hospitales de Dìa en Salud Mental
Realizar convocatorias adecuadas y oportunas al COGESAM, con la frecuencia estipulada por la Ley 448 (un mínimo de seis reuniones anuales), garantizando la participación de todos los actores involucrados en el campo de la Salud Mental.
Garantizar la provisión de medicamentos de alta calidad en tiempo y forma a aquellos pacientes que requieren de tratamientos farmacológicos.
Derogar el Decreto 260 que impacta en forma directa sobre el sistema de salud mental, afectando la jerarquización de los profesionales no médicos, como enfermeras y trabajadores sociales, de importancia clave en el equipo interdisciplinario.
Transparentar los mecanismos de contratación de empresas privadas para la construcción de obra pública en el sector.

Generar los mecanismos administrativos necesarios para resolver las situaciones de inequidad laboral que padecen los trabajadores del sector que se encuentran contratados bajo regimenes especiales o están encasillados en el escalafón general. Estos profesionales perciben salarios menores y no gozan de los mismos beneficios laborales que los profesionales de planta que revisten en la Carrera de Profesionales de la Salud a pesar de cumplir idénticas tareas.

17. ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN

- **Temarios**
- **Reuniones - Encuentros**
- **Reunión Especial de Diputados de la Comisión con el Dr. H. Cohen**
- **Reunión de la Diputada Virginia González Gass con la Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones, Lic. María Matilde Massa y la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental.**

- **Temarios De Las Reuniones De Asesores De La Comisión:**

Temario N° 1
Reunión: Miércoles 1° de agosto Salón Perón.

- Situación de las adicciones en la Ciudad de Buenos Aires.
- Obras de refuncionalización del Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”.
- Incumplimiento del artículo 6° de la ley 448 de Salud Mental, por parte de la Dirección General de Salud Mental. COGESAM

Temario N° 2
Reunión: Miércoles 15 de agosto Salón Jauretche

- Designaciones y remociones de Directores de efectores de salud en la Ciudad. Situación del Hospital Alvear, del Hospital Tobar García y otros. Informes Comisión de Seguimiento Año 2009, 2010, 2011.
- Ley 448 de S. Mental – Cumplimiento de la Cláusula Transitoria Segunda. Relevamiento.

Temario N° 3
Reunión: Miércoles 5 de septiembre Salón Jauretche

- Consejo General de Salud Mental: Artículo 5° inciso k); artículo 6° y artículo 7° de la Ley 448 de Salud Mental y Decreto Reglamentario 635/04.
- Programa ADOP – ADOPI.

Temario N°4
Reunión: Miércoles 19 de septiembre Salón Jauretche

Camas de internación de salud mental en hospitales generales:

- Artículo 13º inciso e] de la Ley 448 de Salud Mental: *Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental.*
- Artículo 14º inciso i] de la Ley 448 de Salud Mental: *Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector.*
- Entrecruzamientos entre la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, en lo que respecta a camas de internación de salud mental en hospitales generales.

Artículo 28º de la Ley Nacional de Salud Mental: *Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública*

deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592

Temario N° 5
Reunión: Miércoles 3 de octubre Salón Jauretche

- Artículo 12° inciso l] de la Ley 448: *Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.*

- Artículo 14 inciso q] de la Ley 448: *Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría*

Temario N° 6
Reunión: Miércoles 17 de octubre Salón Jauretche

- *DISPOSITIVOS DE EXTERNACIÓN ASISTIDA:*

Casas de Medio Camino, Hostales, Residencias Protegidas.

Temario N° 7
Reunión: Miércoles 7 de noviembre Salón Jauretche

- Hospitales de Día de Adicciones y Hospitales de Día de Salud Mental.

Temario N°8
Reunión: Miércoles 21 de noviembre Salón Perón

- Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

- **Reuniones Especiales de la Comisión – Encuentros:**

- Reunión con la Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones y la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental. Fecha 08/08/2012
- Reunión Especial de Diputados de la Comisión. Visita del Dr. Hugo Cohen. 29/08/2012. Salón Jauretche. "Salud Mental en el país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de la sanción de la Ley Nacional de SM N°26.657. Perspectivas desde la OPS/OMS".
- Mesa de Trabajo "Integración de las Instituciones y Servicios de Salud Mental en el Sistema de Salud de la CABA. Un aporte para analizar colectivamente ejes y orientaciones hacia la transformación de los hospitales monovalentes. Salón Dorado. Fecha 14/08/2012. Organizada por las Diputadas M. Elena Naddeo y V. González Gass. El objetivo de la Mesa fue analizar colectivamente ejes y orientaciones hacia la transformación de los hospitales monovalentes en el marco de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad, recogiendo la experiencia y los debates realizados en los últimos años y con propuestas surgidas de los propios centros de salud.
- Plenario Convocado por la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental 17/10/2012 Salón Jauretche. Presentación del "PROYECTO ALTERNATIVO AL CENTRO CÍVICO INMOBILIARIO" que contempla la conservación de los espacios verdes y la refuncionalización urbana de los predios en que se encuentran los hospitales monovalentes de salud mental, en consonancia con las leyes de salud

mental vigentes y la Ley Básica de Salud. Con la presencia de la Presidente de la Comisión y los Diputados Sánchez Andía y Alejandro Bodart.

- II Jornadas sobre Legislación y Prácticas en Salud Mental, Organizadas por la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental. 11/04/2012
  Con la participación de las Diputadas Gabriela Alegre, M. E. Naddeo, Virginia González Gass, Susana Rinaldi y el Diputado Jorge Selser

- **Reunión Especial de Diputados de la Comisión con el Dr. H. Cohen:**

"Salud Mental en el país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de la sanción de la Ley Nacional de S.M. N° 26.657. Perspectivas desde la OPS/OMS".

29 de agosto de 2012 Salón "A. Jauretche

Con la presencia del Dr. HUGO COHEN, Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica,de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

En el Anexo Documental puede encontrarse la Versión Taquigráfica Completa, registrada por el Cuerpo de Taquígrafos de la Legislatura.

RESUMEN DE LA EXPOSICIÓN

El 29 de agosto de 2012 se realizó una Reunión Especial de Diputados de la Comisión de Seguimiento, con la visita del Dr. Hugo Cohen, Médico Psiquiatra, Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La visita de este experto nos permitió realizar un intercambio de ideas acerca del tema: "Salud Mental en el país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de la sanción de la Ley Nacional de SM N°26.657. Perspectivas desde la OPS/OMS".

Participaron los diputados Daniel Lipovetzky, María Elena Naddeo y la Presidente de la comisión, Diputada Virginia González Gass. También contamos con la presencia de la Dra. Silvia Stuchlik, de la Asesoría General Tutelar, asesores de los demás diputados y miembros de la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental.

Con respecto a las funciones dentro de la OPS, el Dr. Cohen destaca que el trabajo de los asesores de la institución es impulsado a partir de acuerdos que se toman en la región de las Américas, con sede en Washington. Anualmente se reúnen todos los Ministros de Salud de todos los países, en los que se llama la Asamblea Anual, que se constituye en el Consejo Directivo de la organización. Este acuerda las resoluciones y luego los asesores llevan los resultados de esos acuerdos a esos países.

En relación a la "desmanicomialización" en Argentina, manifestó que dicha transformación transciende las disciplinas, ya que se trata de un análisis realizado en función de las necesidades sobre la salud mental de los ciudadanos de los países y los sistemas que estos tienen construidos para dar cuenta de esas necesidades.

Repasando los antecedentes, menciona a la Declaración de Caracas en el año 1991, donde se habló sobre la Iniciativa de la Restructuración de la Atención Psiquiátrica para América Latina y el Caribe, y donde se describía en qué consistía la inclusión en las políticas generales de salud y que la salud mental debe ser parte de las políticas generales de salud.

En el año 2001 la OMS se dedicó a nivel global al Año Mundial de la Salud Mental. En el año 2006, se sancionó la Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad, que nuestro país ratificó por ley en el año 2008.

En el año 2009, en el Consejo Directivo, hubo una reunión de Ministros de Salud, donde se aprobó una agenda en la cual uno de los cuatro puntos era la situación mental en la región de las Américas; aprobándose el “Plan de Acción y Estrategia de Salud Mental”. En el “Consenso de Panamá”, del año 2010, los países presentes se comprometían a trabajar sobre el lema “2010 al 2020 Década sin manicomios en América Latina.” También hizo referencia a que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el campo de salud mental, tuvo intervención directa en varios países y sancionó a tres de ellos.

En el 2011 la Asamblea de las Naciones Unidas acordó darle prioridad a las enfermedades no trasmisibles en las políticas sociosanitarias y económicas de los países, lo que incluyó la temática de la salud mental, junto con diabetes, hipertensión y tumores malignos. En el año en curso la Asamblea Mundial de la Salud convoca a los Ministros de Salud, toma esta temática e invita a los países a desarrollar un programa integral de Salud Mental a nivel global con resultados medibles.

A partir de todos estos antecedentes se destaca como muy alentador el hecho que la temática de la salud mental aparezca como prioridad, con la expectativa de que por fin se termine con la falta de recursos y de decisión política.

Luego, se refirió a la “CARGA DE ENFERMEDAD” en los países:

Ejemplo 1: Si un joven de 20 años se suicida en un país cuya expectativa de vida era 70, allí hay 50 años de vida perdidos por muerte prematura.

Ejemplo 2: Si una mujer empieza con un cuadro depresivo a los 25 años y transita su vida de manera no plena, hay que decir que se perdieron 45 años de vida plena.

NOTA**: En esta exposición el Dr. Cohen explica de manera muy didáctica, a través de 2 ejemplos, un concepto utilizado para definir prioridades en políticas de salud: El concepto de* **Carga de Enfermedad. Existe un Indicador que se denomina* ***AVISA*** *[Años de Vida Saludables] que expresa* ***Carga de Enfermedad*** *de una población.*

El ***AVISA*** *sintetiza en una medida única, dos componentes: el impacto de la muerte prematura y el de la discapacidad, la medida en común de ambos es el tiempo, medido en años:*

- *Tiempo perdido por Muerte Prematura [AVPM] [En el ejemplo del Dr. Cohen, el joven de 20 años que se suicida]*
- *Tiempo perdido por Discapacidad [AVAD] [En el ejemplo del Dr. Cohen, la joven de 25 que vive con depresión, sin alcanzar una vida plena].*

A través de estudios realizados se desprende que el principal factor de **carga de enfermedad** son los **trastornos mentales severos**: El alcohol, la depresión, la psicosis, las demencias, la epilepsia, el Parkinson, las drogas ilegales y los trastornos de infancia y adolescencia. [En la región de las Américas este grupo de problemas representa el 24-25%, duplicando la media mundial, que es de 13%, o sea que está por encima de otros problemas de salud]

Luego se encuentra el grupo de las lesiones, por ejemplo los suicidios, dentro del cual volvemos a encontrar problemas de salud del primer grupo, del campo de la salud mental: El alcoholismo, los suicidios y la violencia intrafamiliar.

En el último grupo están el HIV y los trastornos cardiovasculares.

Los estudios dejan en claro que esta tendencia se irá agudizando, esperándose que para el 2030, de acuerdo con el nivel de desarrollo socioeconómico de los países, la depresión esté incluida dentro de los tres primeros factores de años de vida vividos con discapacidad. Se estima que en la región hay más de 31 millones de personas afectadas por cuadros depresivos o con trastornos por uso indebido del alcohol, y esta medida epidemiológica también está confirmada en la Ciudad de Buenos Aires. El Dr. Damín, del Hospital Fernández, lleva adelante estudios en que las consultas más frecuentes por guardia son por alcoholización, destacando la mortalidad por esa causa en ese hospital.

En relación al presupuesto que se destina a salud mental, informa que en la región se destina a Salud Mental entre un 2 y un 3 por ciento, debiéndose tener en cuenta que entre el 70 y el 90 % de este presupuesto se destina a los hospitales psiquiátricos, reforzando el modelo asilar, en detrimento de otras formas de abordaje de la salud mental, a través de dispositivos alternativos como casas de medio camino, residencias protegidas, centro de salud comunitarios.

Seguidamente menciona que la medida que se toma para ver si un sistema de salud mental funciona tiene que ver con la accesibilidad al mismo, es decir, si la población accede al servicio y lo recibe de manera adecuada y si hay continuidad en los cuidados que recibió. En salud mental no existe el alta. La desmanicomialización no es dejar a las personas con trastornos mentales libradas al azar, desamparadas, en la calle o en prisiones. Algunos países impulsaron estos cambios hace muchos años, siendo el paradigma Estados Unidos, donde se impulsó la primera reforma psiquiátrica del mundo, con el presidente Kennedy. Pero lo que sucedió fue que muchos Estados tomaron los fondos y aplicaron la reforma y otros tomaron los fondos y los utilizaron para otro tipo de intervenciones. Por ende, la reforma no fracasó, sino que nunca se aplicó. Lo mismo sucede en la Ciudad de Buenos Aires. Aquí hay un marco legal, la Ley 448. Como en el caso de Nueva York, antes de cuestionar una ley, hay que empezar por aplicarla, y luego ver si fue buena o no. Con el crecimiento de las ciudades, las instituciones psiquiátricas quedaron englobadas en lugares muy importantes, entonces, la desmanicomialización no es el aprovechamiento económico de los espacios físicos o la venta de los terrenos, como tampoco es la reducción del número de camas de internación sin instalar las respuestas alternativas para el tratamiento y la rehabilitación significativa, porque esto significa un atropello más a la condición de las personas.

El invitado, con respecto a los procesos técnicos científicos llamados “reforma hospitalaria” sostiene que los mismos no tienen una receta única, dado que tienen que desarrollarse con las modalidades propias, de acuerdo a su contexto cultural, social y económico. La ciudad de Buenos Aires tendrá que pensar e inventar su modalidad para cada barrio, porque no hay uno igual a otro.

En el mundo queda un remanente de un 10 % de pacientes crónicos en los procesos de transformación y no se sabe qué hacer con ellos porque son problemáticos. Pero el 90% se puede volver a incluir en la sociedad. En todos los países en los que se plantea la reforma, el cierre no se plantea a priori; éste debería ser el resultado de haber construido una alternativa mejor que la que se conoce. Esto tiene que ver con el cambio cultural. Se tiene que hablar de apertura, no de cierre. El cierre devendrá del éxito de haber podido construir algo superador. El plan “Volta pra Casa” de Lula, consistió precisamente en esto: al externar, se le dio a la familia del paciente un subsidio menor al sueldo básico, pero con el compromiso de tener un seguimiento a través de los Centros de Atención Psicosocial en los

barrios sobre la evolución de la medicación, y cuidar en qué gasta el dinero ese familiar. Gracias a esto se externó a miles de personas.

Con respecto a la redistribución, sostiene que está demostrado que si se ponen pequeños departamentos insertos en barrios y distribuidos, el resultado es mejor que si se ponen 20 o 30 juntos, porque se va complicando. En salud mental hay un slogan que dice “Small is beatiful” o sea “lo pequeño es hermoso” Por esta razón los grandes hospitales no funcionan, porque no responden al slogan. Y esta inserción en los barrios no se puede hacer de cualquier manera: si no se reúne a la vecindad y se los informa, si no se tiene un dispositivo que permita la continuación de cuidados y la atención de cualquier descompensación en cualquier horario, los vecinos no lo van a tolerar. En cambio, si se concientiza y los vecinos adoptan esos departamentos como propios, funciona y se defiende. Hay que involucrar a las familias, los propios usuarios, los vecinos y el entorno, sin los cuales no se puede trabajar, ya que son componentes concretos y cotidianos; como también lo son el miedo, el prejuicio y el desconocimiento.

Al hablar sobre las guardias, sostuvo que la mayoría de ellas no está preparada técnicamente para afrontar un paciente psiquiátrico. Se necesita actualizar la formación de los especialistas, porque no es lo mismo atender una urgencia en un monovalente que en un hospital general. Ni los médicos generalistas ni los psicólogos recibieron este tipo de formación. Primero se les debe dar la posibilidad de aprender, como así también los dispositivos, materiales, el desarrollo.

Preguntado sobre la derivación de lo público a lo privado, sostuvo que él no opina en el sentido de prácticas públicas o privadas; la salud mental debe ser regulada; si le piden opinión, evalúa en el sentido de intervenciones concretas en salud, por ejemplo, a través del IESM, Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental. Aquí se aplicó en 10 provincias, ya que es voluntario. Como resultado, en 9 de las 10 provincias no se pudo tener información de los que sucedía dentro de las comunidades terapéuticas. Significó no saber ni nombre ni cantidad de los pacientes alojados. Esto es un llamado de atención. Se les negaron los datos a la autoridad de salud de cada provincia.

Con respecto a la Ley Nacional de Salud Mental 26657, el Dr. Cohen expresó: Más difícil que hacer una ley es aplicarla. Como organismo de las Naciones Unidas, ellos han trabajado activamente en el proceso de esa ley y se encuentran orgullosos de este trabajo. La actual Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses, médica argentina, tiene en su página web el texto completo de la Ley de Salud Mental argentina. El texto se sigue debatiendo en otros países de la región, como Perú y Colombia. Es un instrumento de avanzada, pero hay que aplicarla, sino de nada sirve.

Se hacen preguntas al invitado sobre las guardias y nuevas camas de salud mental que deben crearse en hospitales generales, para cumplir con el espíritu de la ley nacional, integrando la salud mental al hospital general y al sistema de salud. El Dr. Cohen explica que en el mejor sistema de salud del mundo, el inglés, el médico generalista “general practitioner” se encarga de los pacientes con depresiones y otros trastornos mentales. Para comenzar una transformación en ese sentido, es importante identificar la diversidad de actores que tienen que integrar estos procesos tan complejos. Las camas no están, pero los colegas ¿Están dispuestos a que un médico generalista atienda una urgencia en salud mental? Cuando una persona ingresa con una excitación psicomotriz ¿Cómo es atendida en la guardia?

El invitado relata que, en ocasión de un terremoto en El Salvador participó del equipo de intervención en desastres y observó que el único lugar donde había profesionales de salud

mental era el hospital psiquiátrico de San Salvador. Allí adentro se encontraba el 90 de ellos [los otros profesionales estaban perdidos o inubicables]. El Presidente dio la orden de movilizar al personal hacia los pueblos, donde estaban las personas a quienes se les habían caído las casas y los ranchos de adobe. "No vamos, porque no sabemos qué hacer" decían. Entonces la propuesta es: Abramos las puertas y empecemos por ahí. Ese también es un componente.

- **Reunión De La Diputada Virginia González Gass Con La Directora Nacional De Salud Mental Y Adicciones, Lic. María Matilde Massa Y La Mesa Permanente Intesectorial De Salud Mental.**

El 8 de agosto de 2012 concurre la Lic. María Matilde Massa, en compañía de otros funcionarios del mismo organismo, al Salón Montevideo de esta Legislatura.

Participan de la reunión la Presidente de esta comisión, Diputada Virginia González Gass, asesores de diputados e integrantes de la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental.

Se presentan diversos temas de interés, comenzando por la refuncionalización del Hospital Borda como centro de salud. La Lic. Massa comenta que en su reciente visita al referido nosocomio, a pesar de haberlo recorrido extensamente, no se encontró con nadie circulando, sino sólo enfermos "dopados y tirados en las camas". Agrega que mientras en 1984 el hospital contaba con aproximadamente 2.500 pacientes, hoy en día sólo hay 708. En esta línea, Massa plantea que, más que por las cuestiones edilicias, está preocupada por las políticas de salud mental que se están implementando.
Integrantes de la Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental informan a la funcionaria acerca de objetivos y funciones de la entidad.

El Lic. Ángel Barraco, asesor de la Diputada Rinaldi, trata el problema de las habilitaciones de los efectores relativos al área de salud, problemática que se remite a la llamada Ley Cafiero. Por su parte, se intercambian ideas respecto del problema de las celdas de castigo en las comunidades terapéuticas. La Diputada González Gass expresa que se está subejecutando el presupuesto correspondiente a Externación Asistida, en la Ciudad de Buenos Aires. Luego se trata el tema de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, la cual está pronta a ser firmada, según informa la Lic. Massa. Al respecto, la funcionaria sostiene que el problema no se va a solucionar con la reglamentación, sino a través de una **militancia por la Ley de Salud Mental**. En lo relativo a la Ley Nacional, se plantea la necesidad de creación del Órgano de Revisión para proteger los derechos humanos de las personas con padecimientos de Salud Mental.
La presidente de la comisión, Diputada González Gass ya se encontraba trabajando, precisamente, en un proyecto de ley que actualmente se está discutiendo, para crear tal Órgano de Revisión en el ámbito de la CABA].
Por último se plantea la problemática referida a los llamados a concurso para ocupar los cargos de directores de hospitales.

18. LISTADO DE PROYECTOS TRATADOS EN LA LEGISLATURA AÑO 2012 REFERIDOS A SALUD MENTAL

Proyecto No 787-D-2011 Proyecto de Ley. "Programa de externación asistida para la integración social" Dip. María Elena Naddeo Se presentó el 18-04-2011. Tiene giros a Salud y a Presupuesto. Tuvo preferencia dos veces este año (22-11-12 y 6-12-12**) En Comisión**.

Proyecto No 2790-D-12, Informes respecto a los terrenos correspondientes a los hospitales Borda y Moyano. Dip. Sánchez Andía. **En comisión.**

Proyecto No 2464-D-12, Creación del "Órgano de revisión en salud mental de la Ciudad". Dip. González Gass**. En comisión.**

Proyecto No 7-D-2012, Informes sobre el funcionamiento de la Dirección de Salud mental. Dip. Naddeo. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 593-D-2012, Solicitar la transferencia al Ministerio de Salud de la Dirección Gral. de Políticas Sociales en Adicciones. Dip. Sánchez Andía). ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 2194-D-2012, Rechazo a la remoción arbitraria e intempestiva del Director del Hospital de Emergencia Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Dip. García Tuñón. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 1913-D-2012. Solicitar se cumpla con los lineamientos del Art. 43º de la Constitución de la Ciudad, la Ley Básica de Salud Nº 153 y la Ley de Salud Mental Nº 448 para designar al Director del Hospital Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tobar García". Dip. González Gass y Otros. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 2681-D-12. Pedido de informes vinculado a las salas de internacion de Salud Mental en hospitales de la CABA. Dip. González Gass. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 2472-D-12 Informes sobre hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Dip. González Gass. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 800-D-12. Informes referidos al Htal. De Dia Vespertino del Htal. General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Dip. Selser. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario.***

Proyecto No 1285-D-12. Informes referidos al Programa de atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos. Dip. Presman. Dip. Campos. **Sancionado.**

Proyecto No 2008- D- 12. Informes sobre programa de atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos. (PAC). Form. **Expediente agregado al anterior.**

Proyecto No 1231-D-12. Informes referidos al hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar Garcia. Dip. Naddeo. **Sancionado.**

Proyecto No 1913- D- 12. Vería con agrado que se cumpla con lo establecido en la Constitución de la C.A.B.A respetando el Procedimiento de Concurso Público Abierto para

ocupar el cargo de la Dirección Del Hospital Infanto Juvenil "Dra Carolina Tobar García".- Dip. González Gass y otros. ***Pasó a Dirección general de despacho parlamentario***.

Proyecto No 1721 -D-12. Informes Vinculados a Políticas Públicas en Adicciones. Dip. Sánchez Andía. **En comisión.**

Proyecto No 1314- D- 12. Talleres Artísticos De Salud Mental. Dip. Bodart. **En comisión.**

Proyecto No 1576-D-12. Programa De Atención Comunitaria (PAC). Dip. Selser**. En comisión.**

Proyecto No 2180-D- 12. Preocupación ante la Construcción del "Centro Cívico" en los Terrenos De Los Talleres Protegidos Del Hospital Borda.- Dip. Bisutti**. En comisión.**

Proyecto No 1495-D-12. Informes referidos a la actividad del Consejo Gral. De Salud Mental.- Dip. Naddeo, González Gass, Rinaldi, Selser. **Aprobado.**

Proyecto No 2667-D-12. Declárase de Interés Científico el Programa "Iniciativa Para Las Neuroimágenes en la Enfermedad de Alzheimer".-Dip. Martinez Barrios. **Aprobado.**

Proyecto No 3063D-12. Declárense de Interés Sanitario y Social las Actividades Realizadas por la Editorial Topía.- Dip. Selser**, Aprobado.**

Proyecto No 2999D-12. Declarase de interés de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos y la Inclusión Social de las personas que padecen trastornos mentales severos, el trabajo de la Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que padece Esquizofrenia y su Familia ("A.P.E.F."). Dip. Lipovetzky. **En Comisión**

Proyecto No 1364 D-12. Vería con agrado que el Honorable Congreso de la Nación de tratamiento en Comisiones a los proyectos de ley con estado parlamentario referidos a la despenalización de la tenencia de drogas prohibidas, el autocultivo y otras conductas privadas de las personas que actualmente se encuentran penalizadas de forma inconstitucional por la Ley Nacional Nº 23.737. Dip.Rachid, Lubertino y otros.

19. ANEXO DOCUMENTAL

- **Informe Julio 2012 de La Comisión**
- **Versión taquigráfica Reunión Especial de Diputados de la Comisión con el Dr. Hugo Cohen OPS/OMS**
- **Versión taquigráfica Reunión Presupuesto 2013, Intervención de la Presidente de la comisión.**

Informe para los Diputados y Diputadas integrantes de la Comisión Especial de Seguimiento para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental, elaborado por su Presidente, la Diputada Virginia González Gass.
Julio 2012

PARTE I

Visitas realizadas al
HOSPITAL INFANTO JUVENIL DE SALUD MENTAL
"Dra. CAROLINA TOBAR GARCÍA"

1.- INTRODUCCIÓN

El presente informe es una síntesis de las observaciones realizadas en diferentes visitas de este año al Hospital Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tobar García" por la Diputada Virginia González Gass, acompañada por otros diputados, diputadas, asesores y asesoras de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Cabe destacar también que se realizaron dos reuniones con el Ministro de Hacienda de la Ciudad, Lic. Néstor Grindetti; se llevó a cabo una reunión con el Ministro de Salud de la Ciudad, Dr. Jorge Lemus, y se participó de una Audiencia convocada por la Jueza Elena Liberatori.

Todas las actividades arriba mencionadas fueron realizadas de manera conjunta con la Diputada María Elena Naddeo, ex Presidente de la Comisión Especial de Seguimiento y actual Presidente de la Comisión Permanente de Mujer, Niñez y Adolescencia de esta Legislatura.

En todas las visitas se procedió a verificar especialmente el cumplimiento del Plan de Obras de Refuncionalización Integral del hospital, a cargo de la Empresa Constructora Riva S.A. [Licitación Pública Nacional N° 053/2004. Expediente N° 59.702].
Asimismo, se pudo obtener algunos datos sobre el funcionamiento y la situación del hospital.

El Estado es responsable de la conservación del espacio físico en el cual se brindan los servicios de salud pública. Las condiciones de habitabilidad, confort, higiene y seguridad brindan el marco necesario para el cuidado y respeto de la dignidad de las personas que allí concurren. Del mismo modo, deben garantizarse las mejores condiciones para el desarrollo de la tarea de los trabajadores y trabajadoras del equipo de salud.
Por otra parte, los recursos destinados por el Estado al funcionamiento de estos servicios constituyen una inversión social prioritaria, tal como lo establecen la Constitución de la Ciudad y su Ley Básica de Salud (N° 153). Por lo tanto, resulta imprescindible que la administración de esos recursos públicos sea idónea.

2.- EL HOSPITAL

Este hospital, ubicado en la calle Ramón Carrillo 315 de la Ciudad, Comuna 4, es uno de los cuatro hospitales monovalentes con que cuenta el Sistema Público de Salud de esta Ciudad. Es un hospital de agudos dedicado a niñas, niños y adolescentes, único en su clase en el país y modelo en América Latina. Se encuentra situado en la Región Sanitaria I, en la zona sur de la Ciudad, y no depende funcionalmente de ésta, sino de la Dirección General de Salud Mental – DGSM. Cuenta con especialidades tales como Psiquiatría Infanto Juvenil (que incluye Psicofarmacología) y Psicoterapia (Individual, Familia y Pareja, Terapias Grupales).

Asimismo, esta institución ofrece distintas modalidades de prestación: Servicios de Internación, Consultorios Externos (dentro de los cuales también de atiende la problemática de Stress Postraumático Infantil), Guardia, Hospital de Día, Rehabilitación y Prevención.

El Hospital cuenta con Terapia Ocupacional, Talleres, Musicoterapia, Psicomotricidad, Orientación Vocacional y Recreación, y Programas con Orientación y Entrenamiento Laboral. También ofrece cuatro Programas Extramuros: Pecohue (Prog. Emprendimientos Sociales de Compost y Huerta), Cuidar Cuidando (ZOO), y dos programas en Parque Roca (Terapia con Perros y Granja). Estos tres últimos dependen del Departamento de Rehabilitación.
También cuenta con Servicio Social y Servicios Clínico Asistenciales como Neurología y Electroencefalografía, Pediatría, Medicina Legal, Nutrición, Fonoaudiología, Odontología, Psicopedagogía, Farmacia y Laboratorio.

El hospital realiza una intensa actividad de docencia e investigación. Este año será una de las sedes del Curso Anual de Psiquiatría Infanto Juvenil, que se realizará a partir del 23 de agosto. Pero aún se aguarda la finalización de las obras en el sector Docencia e Investigación y en el Aula Magna, que se ubicará en el edificio torre, donde también tendrán asiento, entre otros, los servicios de Consultorios Externos (herramienta fundamental para cumplir con los lineamientos de la Ley Nº 448 de Salud Mental), Emergencias (con camas de observación que evitarían internaciones innecesarias), Servicio Social, Laboratorio, y sectores destinados al área de conducción, administración y sistemas. También queda pendiente la finalización del área destinada a espacios de recreación para pacientes internados y el 'Hospital de Día', que constituye otro de los instrumentos decisivos para lograr la atención de pacientes evitando la internación.

DATOS DE INTERNACIÓN 2011:

Egresos:	280
Promedio Camas Disponibles:	56
Promedio Pacientes Dia [Bruto]:	51
Promedio Pacientes Día [Neto]:	36
Giro Cama:	5
Promedio Permanencia [Bruto]:	67
Promedio Permanencia [Neto]:	47
Promedio Días de Estada:	66

ENERO: 3 DIAS SECTOR MUJERES INHABILITADO
MARZO: 26 DIAS SECTOR VARONES INHABILITADO X INCENDIO
ABRIL: 30 DIAS SECTOR VARONES INHABILITADO X INCENDIO
MAYO: IDEM

[Fuente: Servicio de Estadísticas del Hospital]

TPIP[10]: 78 Días [Mínimo: 28 Días – Máximo 199 Días]
[Tiempo Promedio de Internación Prolongada en Pacientes con Alta Hospitalaria]

[FUENTE: Informe Final de Auditoría. AGCBA. Proyecto N° 3.11.08 Hospital Infanto Juvenil de Salud Mental "Dra. Carolina Tobar García" - Período 2010]
http://www.agcba.gov.ar/web/informes_todo.php

DATOS DE PRESTACIONES AMBULATORIAS AÑO 2011:

Consultorios externos:
Admisiones 654
Prestaciones 24.530

Guardias Médicas: 13.901

Hospital de Día:
Admisiones: 35
Prestaciones: 45.105

[Fuente: Servicio de Estadísticas del Hospital]

Recursos Humanos: 66 Enfermeros; 63 Administrativos; 76 Psicólogos; 66 Médicos Psiquiatras. (Fuente: Servicio de estadísticas del hospital)

3.- VISITAS AL HOSPITAL – AUDIENCIAS Y REUNIONES

5 de enero.- Visita al hospital. Participaron los Diputados Susana Rinaldi, Edgardo Form, Virginia González Gass, María Elena Naddeo y el Director de la Comisión de Salud de la Legislatura, Gerardo Esbry. Los mencionados fueron recibidos por el Director del hospital, Dr. Roberto Yunes, y por funcionarios de la Dirección de Recursos Físicos del Ministerio de Salud de la Ciudad. Las obras se encuentran prácticamente paralizadas, debido a la falta de pagos a la empresa constructora encargada de dichas obras. Según el decreto 158/11, firmado por el jefe de Gobierno porteño, Mauricio Macri, y publicado el 31 de marzo de 2011 en el Boletín Oficial, este tramo del plan de obras debió finalizar antes de fin del año 2011. Se solicitará una audiencia al Ministro de Hacienda, Lic. Néstor Grindetti, para preguntarle las razones por las cuales no se están efectuando los pagos a la empresa Riva S.A. y determinar cuáles son las causas del retraso.

13 de febrero – Reunión con el Ministro de Hacienda. Las Diputadas Virginia González Gass y María Elena Naddeo fueron recibidas por el Ministro Néstor Grindetti. En la reunión, expresaron su preocupación por la demora en las obras, comprobada durante la visita que realizaran el 5 de enero al hospital. El Ministro se comprometió a hacer un seguimiento directo de la continuidad de la obra y a convocarlas a una nueva reunión.

---

[10] Este indicador fue diseñado por la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires (AGCBA). Indica la cantidad de días que los pacientes debieron permanecer internados, ya teniendo el alta de internación, en un período determinado. Del total de pacientes internados durante el año 2010 (323 casos), 40 se encontraron en la situación descripta. Según el Informe Ejecutivo de la AGCBA sobre el hospital, "no existen los dispositivos genuinos y aptos que se requieren para la externación en tiempo y forma de los pacientes, que garanticen la efectiva reinserción social, lo cual se contrapone con el marco legal vigente, que pone énfasis en la asistencia ambulatoria, en la internación breve, en la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares y en la reinserción social y laboral (…) El TPIP de 78 días (…) implica un incremento del gasto en salud."

29 de febrero – Segunda reunión con el Ministro de Hacienda. Las Diputadas Virginia González Gass y María Elena Naddeo fueron recibidas por el Ministro de Hacienda, Néstor Grindetti, quien aseguró que había un atraso de 30 días en los pagos a la empresa constructora; sin embargo, ésta no podía demorar ni detener la obra por falta de pago, según lo establecido en el contrato de licitación. La empresa había solicitado en diciembre del año anterior una "ampliación del plazo de finalización de obra" por 180 días. Según el Ministro, las obras se encontraban atrasadas, dado que desde el Ministerio de Salud aún no habían autorizado dicha ampliación, y en consecuencia se dejaron de efectuar los pagos. Además, aseguró que "los fondos asignados están, y existe la partida presupuestaria correspondiente, pero, hasta que el Ministerio de Salud no autorice la 'ampliación del plazo' no se le puede pagar a la empresa".

15 de Marzo - Audiencia en la Justicia. Asistieron las diputadas Virginia González Gass y María Elena Naddeo, convocadas por la Jueza Elena Liberatori, a cargo del Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso, Administrativo y Tributario Nº 4, en el marco del juicio de amparo librado contra el Gobierno de la Ciudad por las obras en el Hospital Tobar García. En la Audiencia, el Procurador General Julio Conte Grand, en nombre del Gobierno de la Ciudad, se comprometió a informar al Tribunal, antes del 22 de marzo de este año, la fecha en que finalizarían las obras.

16 de marzo Reunión con el Ministro de Salud. Las Diputadas Virginia González Gass y María Elena Naddeo fueron recibidas por el Ministro de Salud, Dr. Jorge Lemus. Participó de la reunión el Dr. Diego Friedman, Jefe de la Sección Psiquiatría y Psicofarmacología del hospital, integrante de la Asociación de Profesionales, quien anunció al Ministro que el jueves 22 de marzo los trabajadores del hospital realizarían una asamblea para definir un plan de acción, en función de los resultados obtenidos hasta esa fecha.

17 de abril - Visita al hospital. Esta fecha resulta emblemática, dado que se cumplían seis años de la iniciación de las obras que debían haber finalizado en un plazo de un año y medio. Se hicieron presentes los diputados Virginia González Gass, María Elena Naddeo, Alejandro Bodart, Gabriela Alegre, Edgardo Form, Julio Raffo, María América González, Aníbal Ibarra, Laura García Tuñón, Maximiliano Ferraro, María José Libertino y Jorge Selser. Todos ellos participaron de una asamblea junto con los trabajadores del hospital, en la que se expusieron los problemas que afectan al hospital. Entre otras cosas, se reclamó por la falta de espacio para llevar adelante la tarea, con especial énfasis en la situación en el área de Consultorios Externos. Se mencionó también la necesidad de contar con un médico cardiólogo para que realice el seguimiento de los pacientes internados, que reciben medicación con posibles efectos adversos cardiológicos. Actualmente, los pacientes que requieren control cardiológico son derivados al Hospital Penna.

7 de junio - Visita al hospital. Participaron de la recorrida por el hospital las Diputadas Virginia González Gass, María Elena Naddeo y Carmen Polledo, junto con funcionarios del área de Recursos Físicos del Ministerio de Salud y de la Empresa constructora Riva S.A., quienes aseguraron que esperan cumplir el plazo previsto para este último tramo del plan de obras, fijado para el viernes 3 de agosto de este año.
Se observaron en algunos lugares filtraciones y humedad. Lo preocupante es que habían sido arreglados dos años atrás por la misma empresa que se encarga de las obras de refuncionalización en el hospital. Se observan, también, falencias en lo construido en la primera etapa, hace cinco años.
Un sector del subsuelo, donde se encuentra el Pañol, Mantenimiento, Almacenes, Rezago y Depósitos en general, se encuentra en muy mal estado. Aquí los trabajadores del área deben desarrollar sus tareas en malas condiciones, además de que el área constituye un foco séptico cercano a la Cocina y el Comedor del Personal, y ubicado debajo de una Escuela de Educación especia [CENTES N°1]. Ese sector no entró en el Plan Maestro

inicial de la obra. Funcionarios presentes en esta visita comentaron la necesidad de que las obras para este sector sean incluidas en el presupuesto del año 2013, que se discutirá este año en la Legislatura.

4.- PROYECTOS LEGISLATIVOS REFERIDOS AL HOSPITAL

Proyecto N° 45 - 2012 Diputada Susana Rinaldi - Resolución - Pedido de Informes sobre Obras Refuncionalización Hospital Tobar García.
El 1 de marzo de 2012, la Dip. Susana Rinaldi, del Bloque Frente Progresista y Popular, presentó el proyecto de Resolución Nº 45-D-2012, que consiste en un pedido de informes al Poder Ejecutivo de la Ciudad sobre la refuncionalización de las obras dispuestas para el Hospital Tobar García, en particular el cumplimiento de ejecución de plazos, avances de la obra, interferencia del denominado Proyecto “Centro Cívico" y la forma en que se concretó la atención de la demanda de la población. Se procedió a su archivo con datos ingresados el 16 de mayo del corriente.

Proyecto N° 615 D 2012 Dip. González Gass: Resolución – Pedido de Informes Empresa Riva S.A.
El 22 de marzo de 2012, la Dip. Virginia González Gass, del Partido Socialista Auténtico en Bloque Proyecto Sur, presentó el proyecto de resolución Nº 615 –D- 2012, en el que requiere al Poder Ejecutivo información sobre la relación jurídica entre éste y la empresa Riva S.A., con fundamento en que las obras que lleva a cabo la mencionada empresa en el Hospital Tobar García se encuentran casi paralizadas por decisión de Riva S. A. El pedido de informe se aprobó en la Comisión de Presupuesto.

Informe para los Diputados y Diputadas
integrantes de la Comisión Especial de Seguimiento
para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental, elaborado por su Presidente, la Diputada Virginia González Gass.

PARTE II

Visitas realizadas al
HOSPITAL INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL
“JOSÉ T. BORDA”
Ramón Carrillo 375 - C.Postal (1275) - Comuna 4 Región Sanitaria I

1.- EL HOSPITAL

Dependencia: Dirección General de S. Mental (CABA)
Director: Dr. Ricardo Picasso a/c
Superficie Total: 16 hectáreas
Superficie Cubierta: 100.000 m2

Este hospital fue inaugurado con el nombre “Hospicio de las Mercedes” el 8 de mayo de 1887, durante la intendencia municipal de Torcuato de Alvear y la presidencia de Julio A. Roca. En el mes de octubre de 1949, cambió la denominación a “Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres”, y en 1967 pasó a llamarse "Hospital Nacional José T. Borda”. En 1996 comenzó a conocérselo como “Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda” y actualmente es llamado “Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda”.

La calle de su entrada principal se denominó inicialmente, según el Prof. J. C. Orlando, “De la Convalecencia”; en 1893 cambió su nombre a “Vieytes”, en 1968 pasó a ser “Barracas” y en 1991 “Dr. Ramón Carrillo”[11].

Recursos Humanos: Dotación de Personal del Establecimiento al 31/12/2011:

	Número	**%**
Técnicos	69	7,71
Enfermeros	330	36,87
Administrativos	149	16,65
Mantenimiento	40	4,47
Alimentación	12	1,34
Servicios Generales	9	1,01
Profesionales Rentados	286	31,96
TOTAL PARTIDA BORDA	895	100

Fuente: Ejercicio Presupuestario 2011 Revista del H. Borda - Año 4 N° 7 Marzo 2012

Egresos e Indicadores de Internación Período Enero-Junio 2011:

Egresos	Promedio Pacientes Día	Promedio Camas Disponibles	% Ocupacional	Promedio Permanencia	Giro *
1093	788,88	815,86	89,34	242,96	0,67

Fuente: Revista del H. Borda - Año 3 N° 6 Octubre 2011

* Giro Cama: Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cama durante el año.
Número de Consultas Externas del Hospital - año 2012: 33.490.[12]

2.- PROBLEMAS DE INFRAESTRUCTURA EDILICIA.

BREVE RESEÑA:

- En mayo de 2008, la jueza Andrea Danas otorga 20 días de plazo al gobierno porteño para presentar un plan de obras para reparar todas las fallas de infraestructura y seguridad que tenía el edificio, pero el fallo fue apelado, y desde entonces el expediente permanece en la Sala II de la Cámara de Apelaciones
- Un año después, la Superintendencia de Bomberos de la Policía Federal alertó que gran parte del hospital "presenta tendidos eléctricos con cables de tela a la vista y sin disyuntores, que producen una situación de peligro generalizado".
- El miércoles 20 de abril de 2011 se produce la rotura de una cámara de suministro de gas, ubicada sobre el acceso de la calle Brandsen, por un hecho aún no esclarecido. Tras la intervención de los Bomberos la empresa Metrogas cortó el fluido a todo el hospital. Esto afectó el funcionamiento de la cocina, los calefactores y el agua para la higiene de los internos.

[11] FUENTE: http://www.hospitalborda.com.ar/historia.html
[12] Fuente: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2010/ movimiento_pdf/ 5_eg_ind_int_c_ externas_hospital_2010.pdf

- El 26 de abril de 2011 la Comisión Especial de Seguimiento de la Ley 448 realiza una recorrida, comprobando que Metrogas no pudo proceder a la reconexión, debido a la presencia de pérdidas en muchos sectores del resto del tendido. En esa oportunidad se observa, también, la presencia de líquidos y olores cloacales en el sector de la cocina. Se confirma en la visita el cierre del denominado "Servicio 14-22", destinado al tratamiento de pacientes con adicciones y portadores de VIH, que quedó abandonado. [Informe Septiembre 2011 de la Comisión Especial de Seguimiento de la ley 448].
- El 31 de mayo de 2011, la Comisión Permanente de Salud de la Legislatura se constituye y sesiona en el Teatro del 4° piso del Pabellón Central del hospital.

3.- VISITAS - REUNIONES

Taller Pan del Borda
27 de marzo de 2012: Radio Abierta

La Diputada González Gass adhirió y participó de la Radio Abierta realizada en el hospital, el martes 27 de marzo, para reclamar por la continuidad del trabajo que realiza el Taller.
El 1° de marzo, sin notificación, y en forma sorpresiva, habían avanzado sobre el lugar las topadoras, en el marco de la construcción del "Centro Cívico".
Finalmente el Taller "Pan del Borda" fue trasladado al sector del clausurado "Servicio 14-22" del hospital. Actualmente, el Taller funciona allí y se pudo comprobar que ha podido incorporar nuevos pacientes.

Visita del 7 de mayo de 2012

Las Diputadas Virginia González Gass y María Elena Naddeo visitaron el Hospital Borda. Fueron recibidas por el Director del hospital Dr. Ricardo Picasso y por el Dr. Néstor Pérez Baliño, Subsecretario de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad.
La visita de las legisladoras se realizó al cumplirse un año y 17 días del corte de suministro de gas en el hospital. Se informó que 150 pacientes aún permanecían sin gas.
La Diputada González Gass explicó que el Ministerio de Salud de la Ciudad debía encarar una refuncionalización del Hospital Borda y solicitó que se fijen plazos a cada una de las obras. Se propuso realizar un seguimiento conjunto con los trabajadores, desde la Legislatura.
Por su parte la Diputada Naddeo aseguró: "En este contexto la construcción del "Centro Cívico, que supone una inversión de 260 millones de pesos, es una desviación de recursos".

Visita del 23 de mayo de 2012

La Diputada González Gass recorrió el hospital, acompañada por la legisladora porteña del PRO, Carmen Polledo, el Dr. Néstor Pérez Baliño y la Arquitecta Alejandra Legris (a cargo de la planificación de las obras), para corroborar el avance de las obras.
El pabellón central contaba con servicio de gas, pero aún faltaba en sectores laterales, en la morgue, en el Departamento de Docencia e Investigación y en la Capilla. Para estos sectores, la licitación comenzaría en 20 días. Según informó la Arquitecta Legris, se haría una instalación eléctrica paralela a la del Hospital, que soporte la demanda de los equipos de aire acondicionado splits frío-calor.

Entre los arreglos previstos se contaba la refacción de ventanas y aberturas, dado que el frío en el hospital es intenso en algunos pabellones. La cocina tenía gas y en parte se encontraba en funcionamiento, pero la empresa encargada de las refacciones aún no había concluido y quedaba renovar los artefactos para cocinar. Por otro lado, la remodelación de la planta baja del Pabellón 1 y 2 estaba sin terminar.
Se observó falta de mantenimiento en lugares como los baños, que estaban sucios y en mal estado, en algunos casos inundados, con poca luz, con manchas de humedad en las paredes y pintura descascarada en los techos.
Con respecto a la inversión, se informó que desde el año 2008 al 2011 se han destinado $15.000.000 al hospital. En el año 2012, se invertirán $17.500.000. El monto previsto para el año 2013 es $17.000.000.
La Diputada González Gass reiteró la necesidad de contar con el cronograma de las obras, a fin de hacer el seguimiento y corroborar el cumplimiento del compromiso.

Visita del 7 de junio de 2012

Las Diputadas González Gass y Naddeo visitaron el 3° piso, ala lateral, donde funciona el Servicio Ambulatorio de S. Mental para Adolescencia y Juventud. Este servicio trabaja en forma articulada con el Programa de Salud Integral del Adolescente del Ministerio de Salud de la Ciudad, y cuenta con un Servicio de Hospital de Día Especializado en Trastornos de Conducta Alimentaria.
El sector estaba sin gas, pero contaba con calefacción dentro de los consultorios, a través de equipos de aire acondicionado splits frío-calor. En los pasillos (Sala de Espera) hacía mucho frío.
El Hospital de Día de Trastornos de Conducta Alimentaria debía cocinar los alimentos en un horno eléctrico que consiguieron las jóvenes que asisten. Debido a que la población conoce los problemas con el gas que padece el hospital, éste y otros servicios reciben menos derivaciones y menos demanda espontánea.

4.- PROYECTOS PRESENTADOS EN LA LEGISLATURA REFERIDOS AL HOSPITAL

- **Proyecto 907-D-2011**. Dip. Gabriela Alegre y Dip. Juan Cabandié. Pedido de Informes al Poder Ejecutivo sobre el Hospital Borda.
- Se trató en la sesión del 5 de mayo de 2011 y se aprobó por Res. N° 102-2011 el 2 de junio de 2011. Sin labor parlamentaria.
- **Proyecto 925- D-2011**. Dip. Adriana Montes. Pedido de Informes para que el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud porteño, informe sobre la situación del Hospital Borda.
- Se trató en la sesión del 12 de mayo de 11 y se aprobó por Res No 133 en 11 de agosto de 2011.
- **Proyecto 938- D- 2011**. Dip. María Elena Naddeo y Dip. Jorge Selser. Pedido de Informes al Poder Ejecutivo sobre el mantenimiento del Hospital Borda con respecto al suministro de gas.
- Se trató en sesión del 12 de mayo de 2011 y se aprobó por Res. N° 133 el 11 de agosto de 2011.
- **Proyecto 386-D- 2012**. Dip. María Elena Naddeo, Dip. Aníbal Ibarra y Dip. Susana Rinaldi. Pedido de Informes al Poder Ejecutivo sobre la situación del Taller “Pan del Borda”.
- Se inició el 12 de marzo de 2012, se trató en sesión el 22 de ese mismo mes y recibió la adhesión de la Dip Maria Rachid. Se aprobó por Res. N° 52-2012 el dia 3 de mayo del corriente. El 17 de mayo 2012 se procedió al archivo del expediente con datos ingresados.

- **Proyecto 294-D- 12**. Dip. Jorge Selser y Dip. Virginia González Gass. Presentado el 6 de marzo de 2012. Pedido de Informes al Poder Ejecutivo sobre la demolición en el área de cocina del Hospital Borda.

El 12 de marzo del corriente adhirió al proyecto la Dip. Maria Rachid, habiéndose aprobado por Res. N° 121-2012 el 14 de junio de 2012.

PARTE III

Visita realizadas al
Hospital de Salud Mental "Braulio A. Moyano"
Brandsen 2570 Barracas C. Postal (1285)
Comuna 4 Región Sanitária I

1.- EL HOSPITAL

Director: Prof. Dr. Alberto J. Monchablón Espinoza
Hospital monovalente de Salud Mental, dedicado a pacientes mujeres.
El historiador Paul Groussac relata que en el año 1734, el vecino Don Ignacio Ceballos, donó a la Compañía de Jesús un terreno en Los Andes de San Pedro y una amplia finca en el sur de Buenos Aires. Allí se edificó allí la residencia de Belén, que funcionó hasta la expulsión de los jesuitas en el año 1767. Más tarde, los Betlemitas reclamaron las Lomas para sus obras, lugar que en ese tiempo tomó el nombre de "Convalecencia".
En tiempos de Rivadavia se comenzó a pensar en un proyecto de los hospicios. Sin embargo, con el gobierno de Rosas las Lomas fueron ocupadas por los cuarteles de Cuitiño (es decir, la mazorca), y sus ruinas son ahora una reliquia histórica.
Sólo después de Caseros el proyecto largamente esperado pudo llevarse a término. La Sociedad de Damas de Beneficencia puso todo su empeño y coraje, impregnados de la filosofía asistencial propia de su tiempo, pero vio claramente el límite entre el proyecto benefactor y el proyecto científico, por lo que solicitó el asesoramiento de un médico ilustre en ciencia y apellido, el Dr. Ventura Bosch, quien elaboró un proyecto para un gran hospital, basándose en el modelo de los hospitales franceses. Corría el año 1853. Mientras se convocaban arquitectos y paisajistas que plasmarían el hospital futuro, se inauguró provisoriamente, con 66 pacientes, el Patio de Dementes en marzo de 1854. Recién a fines del siglo se fue terminando la construcción de los grandes pabellones hoy centenarios[13].

Egresos e Indicadores de Internación - Año 2010:

Egresos	Promedio Pacientes Día	Promedio Camas Disponibles	% Ocupacional	Promedio Permanencia	Giro *	Consultas Externas
1144	935,19	1010,67	92,53	298,38	1,13	36.641

Fuente: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/?menu_id=20577

* Giro Cama: Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cama, durante el año.

[13] Fragmentos extraídos de http://www.hospitalmoyano.org.ar/

RECURSOS HUMANOS AL 1/06/2011:

	AGENTES DE PLANTA
MANTENIMIENTO	38
SERVICIOS GENERALES	19
ADMINISTRATIVOS	56
CAMILLEROS	56
TÉCNICOS	44
PROF. PSIQUIATRAS	73
PROF. PSICÓLOGOS	27
PROF. REHABILITACIÓN	30
PROF. ÁREA COMPLEMENTARIA	39
PROF. SERVICIO SOCIAL	21
PROF. GUARDIA	50
INSTRUMENTADORA	2
LAVADERO	11
ENFERMERÍA	387
TOTAL	**844**

Datos suministrados durante la visita del 18 de junio de 2012

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL
DESPACHO Y LIQ. DE HABERES

2.- ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN JUDICIAL POR EL ESTADO EDILICIO VISITAS Y REUNIONES

En mayo de 2005, la Superintendencia Federal de Bomberos elevó a la jueza porteña Alejandra Petrella, a su requerimiento, un informe con las deficiencias encontradas en diferentes sectores del hospital. El informe concluía diciendo que el edificio “constituye un medio no apto para su habitabilidad, convergiendo en circunstancias de riesgo para las personas que habiten o circulen por el lugar".
La legisladora del PRO Soledad Acuña había realizado una denuncia por las deficiencias, que dio lugar a la intervención de la Jueza en lo Contencioso Administrativo y Tributario Alejandra Petrella.
El Asesor Tutelar de la justicia porteña, Gustavo Moreno, también había advertido acerca de las condiciones en que se encontraban las instalaciones y del riesgo para las pacientes.

Visita realizada el 18 de junio de 2012

Las diputadas Virginia González Gass y Carmen Polledo concurrieron al hospital acompañadas por asesores de las diputadas Susana Rinaldi y María Elena Naddeo. Fueron recibidas por el Director del hospital, Dr. Monchablón.
Se recorrieron el Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield y el sector del Lavadero junto con el Ingeniero Luis Aruj, funcionario de Recursos Físicos del Ministerio de Salud.

Luego se hizo una visita al sector de Consultorios Externos, en compañía del Director del hospital.
Durante la conversación, el Dr.Monchablón actualizó los datos oficiales publicados, estableciendo que el número de pacientes internadas era de 850. Refirió que el porcentaje ocupacional era prácticamente del 100% de las camas disponibles. Se habló de las dificultades para externación de pacientes y de la falta de los dispositivos necesarios.
El Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield tiene tres pisos y una capacidad potencial de 288 camas. En el año 2004 se realizó una licitación por un monto de $12.000.000, para su refuncionalización. Debido a la falta de avance en las obras, éstas se judicializaron a partir del 1° de julio de 2010, con un plazo de entrega de 24 meses, que serían 30, según informó el Ing. Aruj, y con un monto que alcanzará el doble del estimado en 2004.
Hoy las obras se encuentran completadas en un 80%. El ala oeste del pabellón se encuentra totalmente terminada. El ala este tiene completo el 3° piso y la terraza; se estima que el 2° piso será finalizado a fin de este mes y luego se completarán el 1° piso, la planta baja y el sector central que comunica las alas este y oeste.
Se recorrieron los Consultorios Externos, que están ubicados debajo del Pabellón Riglos. Este sector se encuentra sin gas desde hace 6 años. Se han realizado tendidos eléctricos provisorios, para poner calefacción, dado que la obsolescencia de la red causaba reiterados cortes de luz en el sector.
El pabellón Riglos fue clausurado en octubre de 2005 por la jueza Petrella. En mayo del mismo año, la misma jueza había clausurado otros tres pabellones por problemas edilicios. Ahora, el Riglos sigue sin funcionar porque, según nos informan, corresponde al área donde se proyecta construir el “Centro Cívico”.
El personal de Consultorios Externos muestra falta de Psicólogos, Médicos Psiquiatras y Trabajadores Sociales para cumplir lo establecido por la Ley 448 de Salud Mental, que estipula la potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria y el abordaje interdisciplinario.

3.- PROYECTOS LEGISLATIVOS

- **Proyecto 386 2012**. Dip. María Elena Naddeo, Dip. Aníbal Ibarra y Dip. Susana Rinaldi.

Versión taquigráfica. REUNIÓN ESPECIAL DE DIPUTADOS DE LA COMISIÓN
- En Buenos Aires, en el Salón Jauretche de la Legislatura de la Ciudad Autónoma, a veintinueve días del mes de agosto de 2012, a la hora 12 y 33:

Iniciación
Sra. Presidenta (González Gass).- Buenos días. Vamos a dar comienzo a la segunda reunión de la Comisión Especial de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental. Hemos invitado al doctor Hugo Cohen a hacer una exposición sobre la situación de la Salud Mental en América. Él forma parte de la Organización Panamericana de la Salud y ha sido uno de los referentes más importantes en cuanto a la desmanicomialización. De los vientos y el frío del Sur pasó a los calores del Norte. Se encuentran presentes el diputado Lipovetzky y la diputada Naddeo. También se encuentra presente Silvia Stuchlik, de la Asesoría General Tutelar, asesores del resto de los diputados y miembros de la Mesa Intersectorial. La diputada María Rachid no ha podido venir, porque tenía una entrevista con médicos. La diputada Rinaldi tampoco se ha podido hacer presente, pero tenemos a todos sus asesores. Tiene la palabra el doctor Cohen.
Exposición del doctor Cohen, integrante de la OPS
Sr. Cohen.- Buenos días. En nombre de la Organización Panamericana de la Salud, realmente es un gusto estar aquí. Agradezco la invitación efectuada por los diputados que integran la comisión. La intención es aportar instrumentos que sirvan para las decisiones

que tengan que tomar. Reconozco que este es un momento especialmente importante en la temática –yo diría que en todo el país–, dado que existe una nueva ley que implica una serie de transformaciones. No sé de cuánto tiempo disponemos ni cuál es la dinámica de trabajo que quieren plantear. **Sra. Presidenta** (González Gass).- Sería bueno que primero hiciera una exposición y luego hiciéramos un intercambio.

Sr. Cohen.- Creo que sería lo más interesante. Probablemente, quedarán cosas pendientes. Pero existe la posibilidad de que se forme un vínculo, en el sentido de que esto se pueda continuar en el tiempo, ya sea personalmente o a través de Internet. Pongo a su disposición todos los materiales que existen a nivel regional y global que para ustedes puedan ser necesarios o de interés para esta materia. Me refiero a las páginas de Internet que se hicieron en nuestras sedes, en Washington y en Ginebra. Esto también está a disposición de cada uno de ustedes para la continuación de este intercambio, que creo que es la intención que compartimos. Yo traje un *PowerPoint*. Lamentablemente, no tengo la posibilidad de presentarlo, pero voy a tratar de adecuarme a las circunstancias. Me voy a poner medio de costado, porque necesito mirar la computadora –les pido disculpas–, para tratar de hacer un poco más ordenada la presentación. Si a ustedes les interesa, les puedo dejar el *PowerPoint* para que cuenten con la información. Pero es solo una guía. Mi área de trabajo es Sudamérica. Se trata de diez países en los que intentamos colaborar con los gobiernos y autoridades en la aplicación de las recomendaciones y orientaciones de la organización a nivel regional y global. Entre otros aspectos, es importante que ustedes sepan que el trabajo nuestro es impulsado a partir de acuerdos que se toman, por ejemplo, en la región de las américas, en nuestra sede en Washington. Anualmente, se reúnen todos los ministros de Salud de todos los países en lo que se llama la Asamblea Anual, que se constituye en el Consejo Directivo de la organización. Éste acuerda sus resoluciones y luego nosotros, como asesores, llevamos a los países el resultado de esos acuerdos, que son compromisos que los estados han asumido en estas asambleas anuales en la sede. O sea que no es una cuestión de teorías, posturas, aspectos personales o académicos; no, son acuerdos de ministros que se expresan en consejos directivos y sus respectivas resoluciones y que, por lo tanto, se transforman en compromisos de los estados para su implementación. Luego me voy a referir concretamente al área de la Salud Mental. Ahora bien, analicemos cuáles son los antecedentes que existen para que se impulse lo que formalmente se llama “La reforma psiquiátrica en la región”, lo que en la Argentina y en otros países se conoce como “desmanicomialización” o “La transformación de los sistemas y servicios”; tiene una gran cantidad de sinónimos. Formalmente, hablamos de reforma psiquiátrica, porque es el título del primer documento, también consensuado por una diversidad de países en Venezuela en el año 1991, lo que se conoce como la Declaración de Caracas. Allí se habla de la Iniciativa de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica para América Latina y el Caribe; ese era el título. Todo esto tiene su basamento. Insisto en que ustedes pueden acceder a él a través de Internet, al igual que a la Declaración de Caracas. Si a alguien le interesa algo en particular, yo me puedo encargar de hacérselo llegar, para hacer más liviano su trabajo.

Decía que la reestructuración de la atención psiquiátrica es del año 1991, y es la primera vez que en la región se establece que, efectivamente, los hospitales psiquiátricos no eran el mejor instrumento para acercar la salud mental a las personas. Esto no lo vamos a analizar ahora, pero debo decir que se hicieron una cantidad de observaciones y recomendaciones. Se trató de un encuentro en el que, además de representantes de los países de la región, hubo expertos de distintos continentes. Y allí se planteó, basado en experiencias y evidencia científica, por qué este sistema no servía y por qué se recomendaba otro. Esto no tiene nada que ver –me preocupa hacer ciertas aclaraciones por el contexto local–, como muchas veces se lo puede interpretar, con aspectos a favor o en contra de una disciplina, o a favor o en contra de la psiquiatría. Esto trasciende a las disciplinas, ya que se trata de un análisis realizado en función de las necesidades sobre la salud mental de los ciudadanos de los países y los sistemas que estos tienen construidos para dar cuenta de esas necesidades. Entonces, Caracas es el primer antecedente para la región sobre por qué se plantea la construcción de nuevos sistemas. En ese momento, se planteaban claramente los sistemas

de salud mental basados en la comunidad. Se decía eso, y luego se describía en qué consistía eso, es decir, la inclusión en las políticas generales de salud y que la salud mental debe ser parte de las políticas generales de salud. Sería muy tedioso para todos hacer una descripción de los años "90 sobre todos los documentos que ha habido a nivel internacional, en donde se incluyen tratados, acuerdos y convenciones, pero como aportan y refuerzan esta posición de Caracas, solo voy a destacar algunos. En el año 2001, la OMS se dedicó a nivel global –cada año se dedica a una temática– al Año Mundial de la Salud Mental. Allí pueden consultar también el informe mundial de salud. Se trata de un libro bastante grande en donde se plantea nuevamente cuál es la situación de Salud Mental de los países, cuáles son los principales problemas y cuáles serían las principales líneas de recomendación para tratar de afrontar los problemas existentes. Por último –y más cercano en el tiempo–, me voy a referir al llamado "Consenso de Panamá" que, si no me equivoco, fue realizado en el año 2010. Nosotros hemos participado activamente allí, y claramente los países presentes se comprometían a trabajar sobre un determinado lema que, en este caso, decía: "2010 al 2020 - Década sin manicomios en América Latina". ¿Cuál es el correlato de esto? Que en el Consejo Directivo del año 2009 –año previo al que acabo de mencionar–, hubo una reunión de ministros de Salud de los países en la que, de manera consensuada, se discutió y se aprobó la agenda, y uno de los cuatro puntos de la agenda era la situación de salud mental en la región de las américas. Y allí, claramente, se aprueba –de ahí el compromiso de los estados para con ese acuerdo– lo que se denomina "Plan de Acción y Estrategia de Salud Mental". Este es otro antecedente fuerte. Insisto con esto: son los ministros de Salud de los países quienes acuerdan allí impulsar estos documentos, principios o recomendaciones; por lo tanto, reitero, es responsabilidad de los estados. Cuando nosotros nos acercamos a un país, tenemos que mencionar de dónde surge esto. Entonces, debemos decir que surge de aquí, en donde hay un acuerdo, etcétera. En este caso, se trata de la Resolución N° 49, que también es pública y a la que cualquiera de ustedes puede acceder. Esa estrategia y plan de acción, al año siguiente, da como resultado este documento denominado "Consenso de Panamá", que recién mencioné. ¿Qué otro antecedente podemos mencionar? Como estos acuerdos plantean compromisos de los estados, del mismo modo que cuando los estados suscriben convenciones, tratados y acuerdos internacionales, pasan a ser parte de observación de las Naciones Unidas. Es decir, se cumple o no se cumple; el país cumple o no cumple lo que en su momento firmó.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el campo de Salud Mental, tuvo una intervención directa en distintos países y la sanción a tres de ellos. Es decir, se sanciona a los estados por tres situaciones puntuales de tres personas –dos de ellas habían fallecido–, donde se obliga a un resarcimiento a la familia y a los deudos. A su vez, debe haber un compromiso del Estado a resolver aquello que no estaba resuelto y que de algún modo generó la situación de la persona de referencia; luego se aplicaron dos o tres iniciativas más. Además, recuerdo que el Presidente de la Nación de uno de esos países –como un acto de reconocimiento, de disculpa, de desagravio o como lo queramos mencionar– concurrió al propio hospital psiquiátrico para hacerse cargo, para aceptar lo planteado y para comprometerse a transformar en ese país el sistema de Salud Mental. Se trata de un antecedente importante que nosotros tenemos en cuenta en la región con referencia a lo que ha sucedido con estos tres países. Otro antecedente más –insisto en que hay muchos y solo estoy haciendo una síntesis– es la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto fue firmado por las autoridades de los países en sede de Naciones Unidas, en el mes de noviembre o diciembre –no recuerdo con exactitud– del año 2006, en Nueva York; y, en el año 2008, lo ratificó el Congreso de la Nación Argentina, es decir, tiene fuerza de ley. Allí, por doble vía, nuevamente hay compromisos concretos de los estados, en este caso, para con la temática de Salud Mental. En ese sentido, estamos revisando en qué se sustenta esta situación, de dónde sale, por qué y a quién se le ocurrió el tema de cerrar los manicomios. Perdonen que sea reiterativo, pero me preocupa y quiero que queden claros todos los antecedentes, los basamentos y los compromisos existentes.

En el caso particular de Argentina, además de suscribir, ratificar y tener carácter de ley la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, hay tres fallos de la Corte Suprema de Justicia que, de algún modo, también sientan jurisprudencia sobre tres personas cuyos derechos estaban siendo no reconocidos o avasallados. Ustedes habrán escuchado esos tres fallos. Están en la literatura, pueden consultar allí. Más antecedentes: es interesante cómo se va acelerando a nivel global el proceso de reconocimiento del campo de la Salud Mental como una problemática en la salud en general y en las políticas sociales. ¿A qué me refiero? Hace veinte años estaba empezando a transitar la región y, si uno ve la cronología, los plazos entre un pronunciamiento y otro se van acortando. En el año 2011 la Asamblea de las Naciones Unidas –no la Organización Mundial de la Salud, de la cual somos miembro como una de las agencias de las Naciones Unidas–, que convoca a los cancilleres y presidentes de todos los países del mundo, acordó darle prioridad a las enfermedades no transmisibles en las políticas sociosanitarias y económicas de los países. Una de estas cinco, junto con diabetes, hipertensión y tumores malignos, es Salud Mental. De ahí surge otra instancia más de pedido a las autoridades para que presten atención en este campo, ya que las personas necesitan de apoyo. En mayo de este año, la Asamblea Mundial de la Salud, que convoca a los ministros de Salud de todo el mundo en Ginebra, toma esta temática e invita a los países a desarrollar un programa integral de Salud Mental a nivel global con resultados medibles. Como podríamos medir en una campaña de vacunación cuántas personas fueron vacunadas, cuántos casos hay y cuántos hubo, si aumentó o disminuyó, del mismo modo, se quiere medir eso en Salud Mental. Fíjense cómo se van acortando los plazos y la temática de Salud Mental va apareciendo como la prioridad que, efectivamente, es. Quienes trabajamos en este campo hace muchos años, lo sabemos y venimos padeciendo por falta de recursos, decisión política, etcétera. ¿Qué datos epidemiológicos hay para fundamentar esto? Damos vuelta la página y vamos a otro campo de fundamentación de por qué se dice lo que se dice Nos encontramos con lo que muchos de ustedes conocen: la carga de enfermedad en los países. La carga de enfermedad es una medida que suma. Si un joven de 20 años se suicida en un país cuya expectativa de vida era 70, allí hay 50 años de vida perdidos. Si una mujer empieza con un cuadro depresivo a los 25 y transita su vida de una manera no plena, con dificultades por su padecimiento, hay que decir que en esa persona se perdieron 45 años de vida plena. Esa suma da la medida de carga. Para hacerlo sencillo, sería de qué se enferma más la gente. Es decir, la morbi-mortalidad. En los estudios encontramos que el principal factor de carga son los trastornos mentales. Por encima de cualquier otra problemática de salud en general, tenemos los trastornos mentales severos. ¿A qué nos referimos con trastornos mentales severos? Al alcohol, la depresión, la psicosis, las demencias, la epilepsia, el Parkinson, las drogas ilegales y a los trastornos de la infancia y adolescencia. Este grupo sumado está por encima de cualquier otro problema de salud que aquí queramos discutir. En la región de las américas, la medida prácticamente duplica la media global del 13 por ciento. A nivel regional es de un 24 a un 25 por ciento. Chile y Perú hicieron este estudio y los datos se confirman. Es decir, el principal problema de salud tanto en Chile como en Perú es éste. Hace cuatro años estuve en Chile cuando se presentaba el informe. La ministra de Salud dijo: “Si estos datos son ciertos, yo me tengo que preocupar y ocupar en primer lugar de esto”. En segundo lugar, para que tengan una idea, se encuentra el campo de las lesiones –los accidentes–, dentro del cual podemos encontrar problemas de alcoholismo, los suicidios, que son un componente fuerte del primer grupo –pero están organizados en otro grupo-, y la violencia intrafamiliar. Entonces, las lesiones serían el segundo problema de salud de los países. En tercer lugar, dependiendo del país y del grado de desarrollo, estaría el HIV o los trastornos cardiovasculares. Esto da sentido y refuerza el porqué de todo lo anterior. **Sra. Naddeo.-** ¿En América? **Sr. Cohen-** Sí, absolutamente. Los estudios que tenemos confirman estos datos. Los confirman duplicando el nivel global del 13 por ciento, que en la región es del 24 al 25. Varía la composición. De este total, ocho eran las problemáticas que lo integraban. En los países varía el orden de estas ocho. No sé si soy claro. Voy a poner un ejemplo: el alcohol. Yo acabo de venir de México, donde la

semana pasada se hizo una reunión panamericana. Así como se impulsó la temática del tabaco hace varios años, es intención de la Organización Mundial de la Salud hacer lo mismo con el alcohol. El alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en la región de las américas de México hacia Tierra del Fuego, por encima del tabaco. Está presente –identificado– en 63 enfermedades. Por ejemplo, hay evidencia científica de que trastornos cardiovasculares o el cáncer de mama tienen un componente del impacto negativo del alcohol. Para no complejizarlo, de México hacia el norte –Estados Unidos y Canadá– se invierte. Primero es tabaco y después, alcohol. De todos modos, están primero y segundo. No cambia tanto. En las regiones de México hacia el sur, primero alcohol y segundo tabaco.
En segunda instancia, como problema dentro de este grupo principal, están las depresiones. Es decir, una persona con depresión.
No los voy a abrumar con datos epidemiológicos, pero se estima que esto se irá agudizando, en el sentido de que tanto la problemática de alcohol como la depresión ocuparán lugares aún de más relevancia –no sé si es la palabra, porque es una desgracia–. Los problemas serán más extendidos. Se espera que para 2030, de acuerdo con el nivel de desarrollo socioeconómico de los países, la depresión esté incluida dentro de los tres primeros factores de años de vida vividos con discapacidad –esa es la fórmula–. Para que se entienda: enfermedad que no mata, pero que no deja vivir en plenitud si no es tratada, como la hipertensión y la diabetes. No necesariamente uno muere por hipertensión o diabetes; si esas enfermedades se tratan bien, no tiene por qué ocurrir eso. No sé si los estoy abrumando… **Varios participantes.-** No, para nada. **Sr. Cohen.-** Se estima que en la región hay más de 31 millones de personas afectadas por cuadros depresivos o con trastornos denominados “por uso del alcohol”, tomando este último caso como una adicción; y habría menos de 6 millones de personas afectadas por el uso de drogas ilegales. Si estos datos son correctos, quiere decir que hay cinco veces más personas afectadas por el uso indebido de alcohol que por drogas ilegales. Esta medida epidemiológica también está confirmada en la Ciudad de Buenos Aires por expertos que pueden brindar datos precisos. Por ejemplo, el doctor Damín, del Hospital Fernández –perdón que me corra un poco, pero nos encontramos en la Ciudad de Buenos Aires–, lleva adelante estudios que muestran que las consultas más frecuentes en las guardias son por alcoholización. Incluso, dentro de las intoxicaciones, los casos de mayor mortalidad son debidos al alcohol; y el porcentaje de consultas por otro tipo de sustancias es muy pequeño. Él destaca, sobre todo, que la mortalidad debido al alcohol es impactante en dicho hospital. No estoy hablando de Villa Soldati. En relación con la dimensión de la problemática, debemos agregarle otros componentes. Por ejemplo, ¿con qué instrumentos cuentan los países para tratar estos problemas de salud? Por ejemplo, ¿qué presupuesto le asignan los países a esta temática? Nos encontramos con que en los países de esta región, se destina a Salud Mental entre un 2 y un 3 por ciento. Es decir, del total del presupuesto de Salud Pública, una mínima porción va a Salud Mental. Estamos hablando del principal problema de salud. **Sr. Lipovetzky.-** ¿Ese es el promedio de todos los países de América?
Sr. Cohen.-. Este es el promedio de la región. Si quiere, puedo acercarle una publicación sobre un estudio actualizado de todos los países; en Sudamérica, falta analizar Venezuela y Colombia, pero, más o menos, hay coincidencia. El único país que tiene mucho más es Uruguay: se le destina a Salud Mental entre un 6 y un 7. Sin embargo, como veremos luego, resulta que, a su vez, de ese porcentaje, casi un 90 por ciento va a los hospitales psiquiátricos; entonces, existe ineficacia e ineficiencia en la utilización de los recursos. Eso se tuvo en cuenta en Caracas en 1991; no se tomaron en cuenta solamente aspectos de evolución clínica o de violación de los derechos humanos de las personas, sino también los enormes presupuestos que demandaban estas grandes instituciones y el pobre resultado quedaba dicho presupuesto. Esta es una cuestión economista, no ideológica; es decir, se invierte tanto, qué resultado da, cuánta población es atendida, etcétera. **Sr. Lipovetzky.-** ¿Cuál es el dato exacto en la Argentina? **Sr. Cohen.-** El dato exacto ronda el 3 por ciento, pero creo que es conveniente buscarlo con precisión. La nueva Ley de Salud Mental, en su articulado, prevé un incremento progresivo y activo del presupuesto, no recuerdo en cuánto

tiempo. Sin duda, este es uno de los problemas. - Varios participantes hablan a la vez. **Sr. Cohen.-** Como les decía, tenemos otro componente. Uno puede decir: este 3 por ciento, ¿es poco o es mucho? Pero hay que ver en relación a qué. Como recién comenté, entre un 70 y un 90 por ciento de este presupuesto va a los hospitales psiquiátricos. Más adelante hablaremos de lo que significa esto, para tratar de analizarlo técnica y científicamente. Lo que está a la vista, como resultado del análisis de estos componentes –al menos, de algunos–, es la brecha; es decir, qué ocurre en los países. Existe una cantidad importantísima de población afectada y, junto con ello, pocos, pobres y alejados servicios para atender a esa población. Estos servicios, en su mayoría, se expresan en estas instituciones psiquiátricas, que son iguales, más allá del territorio geográfico del que se hable. Es importante mencionar esto. Yo utilizo un *PowerPoint* cuando voy a Bolivia, a Paraguay, a Chile, a Brasil o adonde sea; es el mismo que traje hoy aquí. Esta dinámica trasciende a particularidades locales y de contextos propios. Lo que preocupa a la OPS, a la OMS, a los ministros de Salud de la región, a los ministros de todos los países que participan en la Asamblea Mundial de la Salud –como comenté antes– y a las Naciones Unidas, por la resolución del año pasado, es justamente esto: aquí tenemos un problema enorme, ¿y qué hacen los países? ¿Qué tienen preparado para afrontar esto? Se ha demostrado científica y técnicamente que el instrumento llamado “hospital psiquiátrico” no es adecuado para responder a estas temáticas. Pongo un ejemplo burdo: sería como intentar vacunar a los niños sin una aguja; a nadie se le ocurriría hacer eso. O no vacunar a un niño; si usted tiene una vacuna, aplíquele la vacuna. Insisto: no tenemos tiempo, pero es justo para con ustedes que apelen a la literatura existente acerca de esta fundamentación científico-técnica. Como decía al comienzo, es mucho más que estar a favor o en contra de una disciplina de la medicina. Aclaro que soy médico y psiquiátrica. No tiene nada que ver con nada.

Entonces, en términos de medida, el problema es la brecha en los países desarrollados. Sabemos que dentro de la Argentina hay diferencias entre provincias y dentro de una misma provincia también hay diferencias. No soy conocedor de la Ciudad de Buenos Aires, pero me imagino que también deben existir diferencias epidemiológicas. Hay que focalizar un territorio y establecer estrategias para esos territorios, barrios, etcétera. Pero a nivel de promedio –porque también los necesitamos–, en los países desarrollados entre un 35 y un 55 por ciento de las personas con estos problemas no reciben nada. Es decir que –como diríamos acá– están “a la buena de Dios”. Y en nuestro país es entre un 76 y un 85 por ciento. Una de las inquietudes de los estados, de los estudiosos y de las investigaciones es la siguiente: estas camas que tenemos, ¿responden a las necesidades de la población? Cualquiera puede dar la respuesta: absolutamente no. Dicho sea de paso –y me corro un poquito de lo que venimos hablando–, el problema no es si hay 1.000 o 2.000 camas y se disminuyeron 500 o 1.000, sino dónde están los otros 127.000 ciudadanos que no reciben nada. Porque si los datos son correctos, la preocupación tiene que ser dónde están todos estos otros. De hecho, cuando los países impulsan las reformas de sus sistemas se encuentran con un incremento enorme de la demanda por esto mismo: porque al comenzar son procesos sociales complejos, pero, entre otras cosas, la población empieza a ver, empieza a reconocer, hay servicios, etcétera. Entonces, comienza a incrementarse de una manera enorme.

Y dicho sea de paso, si aquí hay gente que trabaja en hospitales psiquiátricos, esto justifica y fundamenta que tampoco tiene nada que ver con dejar a la gente sin trabajo, sino que se necesita mucho más recurso humano del que actualmente se tiene. Porque si hablamos de que hay que atender a 130.000 en vez de a 2.000, obviamente –perdón que lo diga así–, esto es lo que hace falta. Si seguimos los datos y las cifras cuando los países impulsan las reformas, el incremento, la curva del recurso humano, es esta. Sin dudas falta más gente; después vamos a ver para qué. En última instancia, la medida que se toma para ver si un sistema de salud mental funciona o no es muy sencilla: la accesibilidad, es decir, si la población accede al servicio y lo recibe de manera adecuada y si, además, hay continuidad en los cuidados que recibió. Por ejemplo, una persona que tiene diabetes puede ir a una

salita de salud donde encontrará al médico generalista que le hará los estudios de laboratorio, le hará un diagnóstico y le prescribirá insulina si es que la necesita. Además, le hará un seguimiento para la aplicación de la insulina. En Salud Mental no existe el alta; no te dicen: "Señor, mucho gusto; dentro de dos meses lo vuelvo a ver". Eso no existe en Salud Mental. Se necesita continuidad de cuidados en el tiempo, lo cual está demostrado desde hace muchos años. Como esto implica, entre otras cuestiones –es fácil decirlo, pero difícil hacerlo–, un cambio cultural, vimos que era más fácil empezar por la negativa. Es decir, qué no es una reforma psiquiátrica; qué no es desinstitucionalización; o qué no es desmanicomialización. Entonces, hicimos una síntesis. La desmanicomialización no es dejar a las personas con trastornos mentales libradas a su destino, desamparadas, en la calle o en prisiones. Algunos países –los que permitieron este fundamento científico y técnico de las reformas– impulsaron estos cambios hace muchos años. El paradigma es Estados Unidos. Fue allí donde se impulsó la primera reforma psiquiátrica en el mundo, con el presidente Kennedy. Pasó lo que pasa en muchos países: muchos estados tomaron los fondos y aplicaron la reforma, y otros estados tomaron los fondos y los utilizaron para otro tipo de intervenciones. Muchos colegas nos dicen: "Es muy fácil lo que ustedes dicen, pero fíjense que en New York tienen *homeless y* cárceles". Es cierto. Muchos *homeless*, vagabundos, estaban en hospitales psiquiátricos y quedaron en las calles, y en las cárceles hay personas con trastornos mentales.
El análisis que se hace no es que la reforma fracasó. Si se investiga, la reforma nunca se aplicó, que es muy distinto. El Estado de Colorado, en el centro-sur de Estados Unidos, tiene un panorama totalmente opuesto al de la ciudad de New York. Dicho sea de paso, New York está impulsando esta política. Tuve la desgracia de decir esto en un congreso muy importante, donde uno de los participantes era el Director de Salud Mental de New York. Cuando bajé, el hombre se acercó, se presentó delicadamente y me dijo: "Soy el Director de Salud Mental de Nueva York y quiero decirle que ahora estamos trabajando en ese sentido". Parecía que yo había faltado a la verdad que se vive actualmente, pero no al transcurso histórico. Él mismo reconoció que efectivamente hubo abandono, cosa que puede darse en cualquier campo de la medicina. En la mayoría de los países de la región, las instituciones psiquiátricas fueron creadas hace 100, 150 o 200 años. Con el crecimiento de las ciudades, las instituciones quedaron englobadas en lugares muy importantes. Entonces, la desmanicomialización tampoco es el aprovechamiento económico de los espacios físicos o la venta de los terrenos. Yo trabajé muchos años en Santiago de Chile, en el hospital psiquiátrico más importante y antiguo, que se llama El Peral. Dicho hospital estaba alejado, en las afueras de Santiago, y hoy está en una zona populosa, en el medio de un lugar donde ni siquiera hay un arbolito o una plaza. El valor de los terrenos es realmente muy grande y habría que ver cómo se podrían aprovechar mejor económicamente, pero ese es un problema de otra índole. Es un ejemplo que surge en muchos países donde las tierras son muy valiosas. Pero lo que nos preocupa a nosotros es cómo se atiende a la población y qué hacer con ella. **Sra. Stuchlik.-** Si esos recursos son tan importantes, sería interesante ver cómo se reinvierten en nuevos servicios o en los dispositivos necesarios y no en hospitales psiquiátricos. Quedan ociosos, pero pueden ser reinvertidos no en operaciones inmobiliarias. **Sr. Cohen.-** Eso me trasciende. Es del campo de las decisiones políticas. Cada gobierno hará lo que le parece más conveniente. **Sra. Naddeo.-** Tal vez usted sepa que tenemos un conflicto. **Sr. Cohen.-** Estoy al tanto, pero no soy un experto ni un entendedor en la materia. Entiendo que algunos componentes de lo que estamos diciendo deben ser comunes. Cuando trabajé para la organización, viví en El Salvador, en México y en Washington. San Salvador es una ciudad donde no entra un alfiler; están todos apretaditos porque todo el país es más chico que la provincia de Misiones. Una de las iniciativas era hacer una cancha de fútbol en un pedazo del predio, con todo lo que ello significaba por la situación de violencia y los jóvenes que no tienen trabajo. Fue la idea de una autoridad que pensó que ese pedazo de tierra se podía utilizar para una cancha. Este es un ejemplo que me acuerdo ahora, pero puede haber muchísimos más. La desmanicomialización tampoco es la reducción del número de camas de internación sin

instalar las respuestas alternativas para el tratamiento y la rehabilitación significativa. Obviamente, esto significa un atropello más a la condición de las personas. La de Nueva York no es una reforma psiquiátrica, sino que es abandono de persona, y de eso se hará cargo la autoridad correspondiente.

Intervención de diputados y asesores

Sra. Naddeo.- Respecto de los pacientes crónicos que están en los psiquiátricos, quiero decir lo siguiente. La Ley 448 es muy clara cuando se refiere a las residencias protegidas y a las casas de medio camino. Hay un porcentaje grande de pacientes que no tienen una familia continente que los quiera; tienen familia, pero los abandonaron hace mucho tiempo. ¿No se podrían utilizar esos terrenos para armar residencias? ¿Hay ejemplos? **Sr. Cohen.-** Absolutamente. Estos procesos técnico-científicos llamados "reforma psiquiátrica" no tienen una receta única. Como abrevan fundamentalmente de contextos sociales, culturales y económicos particulares y propios, tienen que desarrollarse de acuerdo con modalidades propias. No hay modelos, sino modalidades. La Ciudad de Buenos Aires tendrá que pensar e inventar su modalidad y, me permito decirles con respeto, también deberá inventar modalidades para los barrios, porque no hay un barrio igual a otro. Tu pregunta es buena porque es interesante ver qué se hizo en otros lugares. A veces, se copia y lo que se aplica sirve tal cual, o sirve para imaginarse otro tipo que acá sí podría ser absolutamente válido.
En el mundo –esto también está demostrado–, queda un remanente de un 10 por ciento de pacientes crónicos en los procesos de transformación y uno no sabe qué hacer con ellos porque son problemáticos. El 90 por ciento se puede volver a incluir de manera digna en la sociedad. Esto es importante, porque cuando hablamos de "crónicos" podemos tener diez lecturas distintas. Además, un mismo "crónico" puede reaccionar de un modo o de otro, de acuerdo con la respuesta terapéutica que se le dé. Esto ustedes lo saben, no quiero abrumarlos. Para buscar un denominador común, el 90 por ciento se vuelve a incluir en la comunidad. Yo estudié salud pública en Andalucía, Granada, que no es una de las regiones más ricas de España. Sin embargo, uno de los desarrollos más ricos de España de las regiones que hicieron la reforma, es Andalucía, por cómo ellos encontraron la manera de armar sistemas de casas en los barrios populares para alojar a tres o cuatro personas. Hay estudios muy interesantes, investigaciones que hicieron seguimientos de muchos años de estas personas, para saber cómo las trataba el barrio y cómo fue evolucionando esa actitud para con aquellos que supuestamente eran crónicos, peligrosos, irrecuperables, etcétera, y que hoy en día la ciencia ha demostrado que ya no es así. **Sr. Lipovetzky.-** Permítame hacerle una pregunta con respecto a este tema. Cuando se produce el cierre de los grandes hospitales y la redistribución, ¿qué es lo que se ha hecho en los países de América Latina –si es que alguno lo ha aplicado– o en otros lugares con la atención de los pacientes crónicos? Por otro lado, respecto de las casas de medio camino o este tipo de residencias protegidas, quiero saber si la tendencia es agruparlas en un solo lugar de la ciudad o distribuirlas para que tengan un desarrollo más barrial.
Sr. Cohen.- En cuanto a la segunda pregunta, creo que usted mismo lo ha planteado como respuesta. En Salud Mental hay como un *slogan* –aunque es un poco más sólido que eso– que dice *Small is beautiful*, o sea, "Lo pequeño es hermoso"; en Salud Mental, funciona mejor. Está demostrado que si podemos poner pequeños departamentos insertos en barrios y distribuidos, el resultado es mucho mejor que si ponemos veinte o treinta juntos, porque se va complicando. De ahí se desprende por qué los grandes hospitales no pueden funcionar, porque no responden a *Small is beautiful*. Esto no es un invento mío, sino que surge después de cincuenta años de reformas en el mundo. Ahora me voy a permitir adelantarme, porque es interesante lo que usted plantea; después retomo lo que estaba diciendo. En todos los países en los que se impulsa la reforma, el cierre no se plantea a priori. El cierre debería ser el resultado de haber construido una alternativa que a la mamá de un chico con esquizofrenia le demostrara que es mejor que lo que ya conoce. Hasta que la mamá no vea que su hijo –que le dijeron que tenía esquizofrenia– fue internado, atendido y se recupera,

por ejemplo, en el Hospital Durand, tiene derecho a pedir el Borda y a que le habiliten un servicio para internarlo allí. Esto tiene que ver con el cambio cultural, y para hablar de ello es necesario ponernos de acuerdo. La Cultura son valores que tienen aprendidos todas las personas, y me estoy refiriendo a una persona iletrada, a un legislador, a un ministro o a la máxima autoridad del país. Uno no es ni malo ni bueno; es lo que aprendió a ser con esa situación. Por eso es tan complejo. Entonces, no es ningún misterio cuándo hacerlo. Cuando la mamá ve que en el Durand funciona, no va a necesitar tomarse un micro e ir al Borda. Es así de "sencillo" –entre comillas– porque hay que construir todo este proceso. Entonces, no se puede hablar simplemente de un cierre. Cuando la Presidenta promulgó la Ley 26657, la Ley Nacional de Salud Mental, nos invitó a la Casa Rosada. En esa mesa se hablaba del cierre, y a mí me preocupó, porque ella puede ser perfectamente interpelada por una madre desesperada en algún lugar de la Argentina, cuando sale a hacer sus recorridos. ¿Y qué respuesta le va a dar? No hay que hablar de cierre, sino de apertura. El problema es que esto se ha distorsionado por muchos motivos. Seguimos hablando de "cierre, cierre, cierre"; pero en realidad, deberíamos hablar de "apertura, apertura, apertura". Es como en el campo de la economía: yo no voy más allá, porque acá es mejor. Es decir, voy a comprar el pan acá porque es mejor, no me sale tan caro o porque no me tengo que mojar cuando llueve y no tengo que ir hasta allá; es una cuestión de sentido común. Acá pasa lo mismo: el cierre devendrá del éxito de haber podido construir algo superador. Si no, es porque no se pudo llevar adelante y tendremos lo que podamos tener. Creo que esta idea es importante y básica. Por otro lado, para ponernos de acuerdo, si se trata de un cambio cultural, es lógico que cuando el legislador vaya al barrio de Villa Crespo, aunque no sé si usted es de ahí… **Sr. Lipovetzky.-** No. **Sr. Cohen.-** Bueno, pero supongamos que usted va a Juan B. Justo y Corrientes, en el barrio de Villa Crespo, porque se habilita una casita a la que van a ir cuatro o cinco pacientes y hacemos un acto oficial. A las veinticuatro horas van a cortar Juan B. Justo y Corrientes con carteles, y el nombre del legislador, que con mucha alegría fue a inaugurar, va a aparecer con otros títulos como "Saquen a los locos de acá", "Son peligrosos", "Tenemos niños", "Hay jóvenes; las van a violar".

Esto pasó y pasa en cualquier parte del mundo. Si uno no reúne a los vecinos, les explica y no tiene un dispositivo que permita esta continuidad de cuidados –por si a las 3 de la mañana una paciente se descompensa, sale desnuda a la calle y se pone a gritar incoherencias–, si uno no los escucha, los atiende y los cuida, esto va a pasar. En cambio, si se usa esta otra estrategia, como se demostró en otros países del mundo, después de un tiempo no hay más protestas, se incluye a las personas y lo que pasa –curiosamente– es que después de unos años, si uno quiere utilizar la casita para otra cosa, le responden "Ah, no. Con esa casa no se metan. Esa casa es nuestra; es del barrio". Este es el recorrido que ha pasado con el 90 por ciento de los pacientes; pero en estas condiciones. No es el traslado de un paquete llamado "trastorno mental" a un geriátrico, a un barrio o a una guardia general. **Sr. Barraco.-** Mi nombre es Ángel Barraco y soy asesor de la diputada Rinaldi. Lo que planteaba el diputado Lipovetzky es muy interesante. Pero tenemos que considerar que en la Ciudad de Buenos Aires tenemos aproximadamente dos mil pacientes internados y tenemos que suponer que los que están en un grado de cronicidad y con deterioro cognitivo no es el 10 por ciento, sino el 20 o un poquito más. De todas formas, es importante destacar que esto va a ser transitorio, porque si funcionan los dispositivos sustitutivos, indudablemente, van a generar que no haya más crónicos. Esto quiere decir que la necesidad es gradual y que en algún momento vamos a dejar de tener el problema de los crónicos. **Sr. Cohen.-** Está bien lo que dice Ángel. Aprovecho para contarles un secreto –aunque con la versión taquigráfica ya no lo va a ser más–: yo lo conocí a Ángel cuando fui asesor del legislador Jorge Casabé, que era presidente de la Subcomisión de Salud Mental, que impulsó la Ley 448 hace muchos años. Decía que es correcto lo que dijo Ángel. Pero, de todos modos, hay un porcentaje de la población que siempre es problemática, que va a seguir trayendo problemas, en el sentido de que uno no encuentra la respuesta, a pesar de probar distintas estrategias. Esto es inevitable. Pero, efectivamente, se reduce a futuro. Por eso decía que no nos sirve hablar de "crónicos". Cuando yo estudié psiquiatría, los crónicos,

por definición, eran los que tenían determinados diagnósticos; se cerraba el caso y se daba vuelta la página. Hoy en día se demostró que no tiene que ver con eso.
Tomemos un ejemplo sencillo: un niño con Síndrome de Down. Hace 40 o 50 años se lo mantenía escondido en la casa, no estudiaba y no aprendía. Ayer salió en el periódico que uno de ellos se recibió –no sé si era en Estados Unidos– con un título muy importante y ahora está haciendo un posgrado. Con esto quiero decir que, hasta la persona que padece lo más orgánicamente demostrado por los genes –que es el Síndrome de Down–, si es estimulada, impulsada, cuidada y querida, con ese mismo cuadro genético, va a tener un desarrollo absolutamente distinto al de otro con un cuadro genético idéntico. La intención es mostrar una situación extrema, en la que el problema son los genes, para no entrar a hablar de lo orgánico. Aún no está demostrado. Vamos a continuar con el ejemplo del Hospital Durand. Si me preguntan qué hay que hacer allí, yo responderé que se deben atender las urgencias y, además, que se necesitan camas para internación en los hospitales generales. Cuando yo manifiesto esto, me dicen: "No, doctor".
Quiero señalar que fui psiquiatra de urgencia del Hospital Fernández en los años ‟83, „84 y ‟85; de manera que sé sobre esto. Además, yo me formé en el Hospital General Evita de Lanús. Allí hacíamos la guardia, la guardia general y la cobertura de las 400 camas, pero trabajé en el Hospital Fernández. Los colegas, en mayor o menor medida, tratan de caminar rápido, pero en el sentido contrario del paciente. Las enfermeras, como no pueden hacerlo tanto, disimulan, pero también tratan de desaparecer de la escena. En síntesis, debo decir que la mayoría no está preparada técnicamente para afrontar esto. Es duro y difícil decirlo, pero es así. Hay que actualizar la formación de nuestros colegas especialistas, porque no es lo mismo atender una urgencia en el Hospital Borda que en un hospital general o a las tres de la mañana en Villa Soldati. Lo mismo ocurre con los colegas psicólogos, porque requieren de estos instrumentos que no recibieron en su formación, como tampoco lo han recibido los médicos generalistas. Si un psiquiatra no lo recibió, ¿qué puede recibir un médico generalista? Entonces, no es que sean malos o que no van a aceptar esto. Ocurre que primero se les debe dar la posibilidad de aprender, como así también los instrumentos, los dispositivos, los materiales, el desarrollo, y luego ver qué pasa. Sucede lo mismo con el barrio y los vecinos, porque así funciona. Hay que capacitar a los profesionales de la salud: a los médicos, a los enfermeros, a los trabajadores sociales, a los psicólogos y a los psiquiatras. Estoy haciendo referencia a la atención de urgencia en Salud Mental y a cómo esa urgencia no deviene en los hospitales Borda y Moyano que, dicho sea de paso, debo decir que los pacientes que están allí adentro no bajaron de un plato volador o nacieron de un repollo, sino que hay una dinámica social y sanitaria compleja en la que el paciente termina allí adentro. Pero deberíamos preguntarnos, ¿por qué está allí adentro? ¿Llegó solo o llegó por alguna situación externa? Y quiero señalar que esto también vale para las familias supuestamente abandónicas o esquizofrenógenas que nunca recibieron nada. Entonces, ¿qué van a hacer? Van a ir a lo que se conoce, aunque no les guste. Ocurre lo mismo que con los vecinos del barrio o los médicos de urgencia: cuando reciben los instrumentos, las familias cambian de actitud y se hacen cargo. El Plan "Volta para Casa", del presidente Lula, demostró esto. ¿Qué hizo el presidente Lula? Sobre las miles y miles de camas que estableció con su Dirección de Salud Mental –no recuerdo si fueron 70.000 camas– ordenó que a cada familia se le diera un subsidio menor al sueldo básico, pero con el compromiso de tener un seguimiento a través de los CAPS –Centro de Atención Psicosocial– en los barrios sobre la evolución de la medicación, y cuidar por ejemplo que el papá no se gaste el subsidio en el fin de semana y se quede sin dinero, además de otros ejemplos. Y, gracias a esto, se han externado a miles de personas –no recuerdo cuántas–, y estas familias supuestamente abandónicas se hacen cargo. Quiero enfatizar lo siguiente: no hay una fatalidad en el campo de la Salud Mental, sino todo lo contrario. Todo depende de la estrategia que uno tome para con estos actores, en el sentido de si se tuerce el rumbo para un lado o para el otro; o si uno lo cronifica, o si no lo transforma en activo. **Sr. Lipovetzky.-** Quiero decir algo, porque me quedé pensando en dos términos que usted utilizó en su exposición. Usted se refirió al "cambio cultural" y a la frase "después vemos qué pasa".

Cuando empecemos a consolidar este proceso, seguramente los resultados van a ser diferentes; inclusive, podemos tener dificultades en este proceso, pero cuando se toma una decisión política en ese sentido, no significa que todo va a caminar de una manera perfecta.
Sr. Cohen.- Así es, pero esa es una cualidad de los cambios culturales. Es decir que necesariamente se debe transitar por un territorio de incertidumbre. La incertidumbre es propia de que uno está en el buen camino, paradójicamente. Hay cosas que sabemos, hay cosas que conocemos, hay capacitaciones y hay cursos. Digo esto, porque no todo está librado al azar, pero tampoco hay certeza, fundamentalmente, porque este aprendizaje requiere de algo que hasta hoy era totalmente distinto. Por ejemplo, un niño con Síndrome de Down que esté inserto en la escuela común. ¿Qué hago como maestro? Me pregunto esto, porque no sé tratar esta situación. ¿Hay que sacárselo de encima? No debe ser así porque, si yo no sé, tengo que aprender y los otros compañeros también tienen que hacer lo mismo. Voy a poner un ejemplo más sencillo: si estuviésemos aquí hace 25 años hablando de HIV, sería exactamente lo mismo. No sé si recuerdan que se hablaba de construir "sidarios", es decir, hospitales para personas portadoras de SIDA. Cuando entraba una persona al hospital a la que se le diagnosticaba HIV positivo, los médicos corrían para un lado y las enfermeras para el otro. ¿Sucedía esto porque eran malos? No. Pasaba esto porque no sabían ni entendían cómo intervenir ante esa situación. Hoy en día a nadie se le va a ocurrir –aunque puede tener su prevención– practicar esa conducta. Entonces, ese es un buen ejemplo, y sobre eso estamos transitando hoy el área de Salud Mental. Claro que los médicos o una gran parte de ellos –no todos– van a rechazar alguna situación. ¿Por qué puede ocurrir esto? Porque no cuentan con los instrumentos y, además, porque una de las condiciones de la capacitación en Salud Mental es el apoyo, el soporte que los técnicos y los especialistas debemos dar. Señalo esto, porque tampoco Salud Mental es una campaña de vacunación en la que se llama a los enfermeros, se los concentra durante quince días, les enseñan, hacen la campaña, le entregan el diploma, se terminó la formación y, al año, se los vuelve a llamar. Esto no debe ser así. **Sra. Presidenta** (González Gass).- Una de las asesoras quería hacer una pregunta. **Sra. Colace**.- Mi nombre es Patricia Colace, y soy asesora de la diputada Rocío Sánchez Andía en las políticas públicas de adicciones de la ciudad. Quiero señalar lo siguiente: en la Argentina, hay dos experiencias que tienen que ver con lo que estamos hablando. Se trata de las experiencias de las provincias de Río Negro y San Luis. Me gustaría, de manera muy breve, que nos contara un poco sobre la evaluación de esas dos experiencias que existen en Argentina. Respecto de lo que usted ha dicho hasta ahora –que fue muy interesante–, considero que nada es imposible, sino que solo se necesita decisión política, por ejemplo, para asignar el presupuesto donde corresponde o realizar una redistribución del presupuesto. Digo esto, porque en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el presupuesto del Hospital Borda es de 150 millones de pesos y hay 690 personas internadas. Esto daría como resultado la suma de 20.000 y pico de pesos por persona. Si eso se distribuyera de otra manera sería fantástico, por lo que considero que se podría aplicar. **Sra. Naddeo.-** Allí faltaría toda la atención ambulatoria, porque son miles de pacientes que se encuentran en los hospitales de día y en los consultorios externos. No se puede dividir ni hacer ese cálculo.
Sra. Colace.- No de manera lineal, pero creo que se podría aplicar. **Sra. Naddeo.-** Hay miles de pacientes que se encuentran en consultorios externos y en los hospitales de día, por lo que no se puede dividir, pero sí comparto la pregunta. Digo esto para que no quede una idea equivocada, porque existen otros dispositivos en el Hospital Borda que atienden en forma ambulatoria. **Sr. Barraco.-** Sí, pero el sentido del hospital es la internación. **Sra. Naddeo.-** Voy a completar mi exposición porque, lamentablemente, tengo que retirarme. Para que quede registrado en la versión taquigráfica y para que no quede una idea equivocada, debo señalar que en el Hospital Borda, además de los 690 o 700 pacientes, hay atención ambulatoria de miles de pacientes mensuales. Además, quiero decir que hace poco tiempo, conjuntamente con la diputada, realizamos una jornada con los integrantes de los equipos del Hospital Borda y de otros centros de salud mental. La idea era la propuesta entre el cierre y la utilización de los espacios físicos para una inversión inmobiliaria muy

importante que se está tramitando en este momento, y debo señalar que es difícil la posición de política pública que alentamos desde aquí. Entonces, la intención de ese debate y de muchos de los equipos fue cuestionar fundamentalmente el tema de la internación prolongada y pensar cuáles serían los caminos de refuncionalización.
Ahora bien: a esa pregunta sobre las provincias de San Luis y Río Negro, le agregaría que cada gobierno y cada ministerio, para encarar una reforma de este tipo, tiene que elaborar un plan.. Aunque no tengamos certezas, tiene que haber un plan que se pueda modificar a mediano y largo plazo. En la ciudad, lo hablamos con la diputada y con representantes de la AGT –que está encarando un proyecto para discutir un Plan de Salud Mental–, no tenemos un Plan de Salud Mental. No sé cuál fue el plan en San Luis o Río Negro y cómo se aplicó.
Sr. Cohen.- Lo delicado de esto es que estamos en un territorio, un contexto, donde hay un conflicto real y candente. Sería distinto si estuviéramos en otro territorio y otra situación. De todas maneras, no sé qué es mejor. Sí sería bueno que hicieran el ejercicio. Estas mismas preguntas surgen en todos los contextos y todos los momentos de crisis. No hay transformación sin crisis. Sin embargo, también está claro que transformación y cambio cultural no es libre albedrío o *laissez faire*. Se necesitan políticas y, como se dijo, decisión política. No solamente en presupuesto, sino tener un plan y un programa de Salud Mental. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires tienen un marco legal, la Ley 448. Como en el caso de la Reforma Psiquiátrica en Nueva York, antes de cuestionar una ley, yo empezaría por preguntar si se aplicó o no. Si no se aplicó, no puedo opinar si es buena o mala. Aplíquese y nos reunimos en dos años. Decimos: "Esto sirve", "Esto no sirve", "Sáquela toda", "Cámbiela toda" y le damos para adelante. Si no se aplica, yo no puedo opinar, salvo de algunos componentes, pero es teoría.
Entonces: decisión política, presupuesto, legislación, y yo agregaría compromiso de los profesionales. Si la gente no está dispuesta a atender a una persona HIV positiva y pide un traslado a un hospital al que nunca va a llegar, se va a hacer muy difícil. Asimismo, hay que involucrar a las familias, los propios usuarios, los vecinos y el entorno. Es una necesidad sin la cual no podremos trabajar. Son componentes importantes concretos y cotidianos. En cuanto a la otra pregunta, de alguna manera yo estoy sesgado. Fui Jefe de Salud Mental en Río Negro durante quince años y soy el autor del anteproyecto de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. De San Luis no puedo hablar. Nunca he ido. Nunca me han invitado a visitarla. No estoy capacitado para ello. De todos modos, más que escucharme a mí y por el cambio cultural, yo les diría que en este campo lo mejor es que vayan y vean. Agárrense una valijita. Viajen. Disculpen la propuesta que estoy haciendo. Es interesante que recorran los distintos servicios. De 33 hospitales generales, hoy hay 33 servicios de Salud Mental. ¿Cómo funcionan todos? Yo dejé la provincia hace muchos años. Estoy en contacto, pero no conozco. Sé que algunos son extraordinarios, otros regulares y otros habría que empezarlos de nuevo. Esto, por muchos factores. Entre otros, porque la academia sigue lanzando profesionales que no dan cuenta y no tienen instrumentos para atender una persona con HIV –y perdón que siga con este ejemplo–. No saben. Es pura clínica dura sin ningún componente de salud pública y que no basta. Al carecer de eso, cuando tengo que enfrentar la realidad en los barrios, no sé qué hacer. No es que está mal lo que saben, es insuficiente. Por ejemplo, el director del hospital no tiene nada que ver con Salud Mental. No sabe nada ni le interesa, pero estudió Salud Pública. Hicimos un estudio de 120 escuelas de Salud Pública de la región, las más importantes, porque hay muchas más. De 120, en menos de 20 se le da algún tipo de componente de Salud Mental. ¿Qué le puedo pedir yo al director de hospital, que trae este bagaje técnico? Tengo que empezar a explicarle. A muchos de ustedes les debe haber pasado que cuando viene un cambio, una nueva autoridad, un nuevo jefe de guardia, un nuevo psicólogo, un nuevo psiquiatra, hay que sentarse en la mesa y empezar a explicarle otra vez. Esto es así. El trabajo es así. Discúlpenme que sea un poco fuerte en lo que digo, pero hay que aceptarlo. Esta es una cualidad del cambio cultural. Por último, hasta que la gente no vea, no comparta en vivencia que esto es cierto, todos tienen derecho a reclamar el manicomio. No conocieron la alternativa. Por eso "cambio cultural". Si no, sería un

traslado de ladrillos. A cien las divido por diez y son diez casitas en lugar de cien todos juntos. Sería muy sencillo. Evidentemente, hay un componente muy fuerte en este campo: el miedo, el prejuicio y el desconocimiento. Hay que producir un "ah, tiene razón", "ah, es cierto". Hasta que eso se genere hay toda una transición en el campo de la incertidumbre. Serán cuestionados. Serán llamados la atención: "Qué están haciendo", "Esto no funciona", etcétera. No obstante, hay pasos e instrumentos muy concretos establecidos para recorrer este camino. No estamos descalzos como en la película de San Francisco de Asís, *Hermano sol, hermana luna*, donde él se saca la ropa y empieza a caminar desnudo. Estamos un poco mejor. Hay instrumentos contundentes de capacitación, psicofarmacología de urgencia. Sin embargo, quise enfatizar en una dimensión que habitualmente no se contempla.

Quisiera dejar aquí. Creo que hablé demasiado. No sé si quieren hacer alguna pregunta o comentario. **Sr. Barraco.-** Teniendo en cuenta que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue una de las que orientó y dio lugar a la Ley Nacional de Salud Mental –creo que la ley nacional ha sido fuertemente impregnada por la Ley 448–, ¿cómo consideran desde la OMS-OPS la ley nacional y cuáles son las posibilidades de llevar adelante lo que las dos leyes traducen? Porque se complementan, tanto la 448 de la ciudad como, en la parte de internaciones, la 26.657. **Sr. Cohen.-** En este tipo de leyes, más difícil que hacer una ley es aplicarla. Eso está claro. Como organismo de Naciones Unidas, nosotros trabajamos activamente en el proceso de la Ley Nacional de Salud Mental. Estamos orgullosos de ese trabajo. Fue una iniciativa de la que participaron colegas de Washington, del nivel regional y subregional y del país. Llevó mucho tiempo. Hoy en día nuestra directora, que es una colega argentina, Mirta Roses, tiene una página personal con los hechos destacados del campo de la salud en la región que ella quiere realzar. Tiene ahí la Ley de Salud Mental argentina. Es decir, se transformó en un modelo en el sentido de los contenidos para muchos países. En su reciente debate, Perú la tomó. En Colombia también está presente. Sin duda, se trata de un instrumento de avanzada. Ahora bien, hay que aplicarla. De lo contrario, de nada sirve.

Lo mismo ocurre cuando hablamos de la Ley 448. En este momento, nuestra preocupación es que no se reglamentó la 26.657. Es aplicable, pero le faltan pies. Habría que sumarle otros recursos y dispositivos, a fin de que no se sientan tan solos a la hora de impulsar toda esta transformación; sobre todo, los colegas del campo del derecho, que están trabajando tanto. **Sr. Barraco.-** En la reforma del Código Civil. **Sr. Cohen.-** Sí, en la reforma del Código Civil. **Sra. Herrendorf.-** Mi nombre es Liliana Herrendorf, y estoy en representación de la Mesa Intersectorial. Quiero hacer una pregunta relacionada con lo que estuviste desarrollando. Quiero saber qué piensa la OPS, la Organización Mundial, etcétera, o cuál es tu experiencia en relación con esta derivación a lo privado; porque estamos hablando de todo lo relacionado con el nivel estatal. Muchos de esos desguaces que se van realizando aquí y en otros lados, a veces, terminan en organizaciones privadas o manicomios privados que, por lo que tengo entendido y he visto, son peores aun que algunos de los estamentos estatales. **Sr. Cohen.-** Nosotros no opinamos en el sentido de práctica pública o práctica privada. Si se nos pide opinión, podemos evaluar en el sentido de intervenciones concretas de salud. De hecho, en el caso de la actividad privada –que es absolutamente pertinente y tiene sentido y derecho de existir–, planteamos que la salud mental debe ser regulada al igual que cualquier otra actividad de nuestra sociedad; sea pública o privada –la cuestión no pasa por ahí–, debe ser regulada.

En la Argentina aplicamos el *Who Aims* –término en inglés–, conocido en castellano como IESM, Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental. Se aplicó en diez provincias, en las que nos lo solicitaron, ya que es voluntario. En la región se va a publicar un informe de casi la totalidad de los países en los que se pudo aplicar; quedan muy poquitos afuera. Se aplicó en alrededor de sesenta países, a nivel global. Es muy interesante. El ítem que vos mencionás es uno de los 156 ítems. En nueve de las diez provincias, no se pudo tener información de lo que sucedía dentro de las "comunidades terapéuticas"; se las llama de esa manera porque es la denominación privada de esas estructuras. No saber no significa no contar con el diagnóstico o con el tiempo de

internación, sino no saber nombre y apellido de los pacientes o cuántos estaban allí dentro. Ese es un llamado de atención, porque eso no suele suceder, salvo en las embajadas de los distintos países. La autoridad –es decir, los que hacen el estudio de recabar datos– no es otra que la autoridad de salud de cada provincia. No es que iba un anónimo a preguntar qué pasaba allí dentro. Entonces, este es un llamado de atención. De hecho, la aplicación de la Ley 26.657… ¿La colega de AGT se fue? **Sra. Stuchlik.-** No, estoy aquí. **Sr. Cohen.-** Tengo conocimiento de que ustedes, al igual que el Ministerio Público de la Defensoría, están auditando –no sé si esa es la palabra correcta– muchas de esas instituciones, teniendo en cuenta lo que dice la ley; qué ocurre y qué no, y qué hacer en cada caso. Es decir que, efectivamente, se trata de regular. No está ni bien ni mal; debe ser regulada, como cualquier entidad. **Sr. Lipovetzky.-** Con respecto a la Ley de Salud Mental nacional, por lo que dijeron aquí, entiendo que no fue reglamentada. ¿La parte operativa de la ley ya comenzó a aplicarse? Me refiero, sobre todo, por parte del Gobierno Nacional y de los estados provinciales, que también tienen que cumplir con la ley. ¿En qué grado de proceso está? No me refiero a grado de cumplimiento, porque se trata de una ley muy nueva. Pero quiero saber cómo está en ese proceso. **Sra. Stuchlik.-** Soy Silvia Stuchlik, de la AGT. Efectivamente, sí, está en práctica. No es necesario reglamentar una ley para que se aplique. Además, en la Ciudad de Buenos Aires tenemos la Ley 448, nuestra ley procedimental que, además, es reforzada por la ley nacional en este concepto. Entonces, ya está en plena aplicación. Con respecto a lo que decía la asesora, estamos auditando. Hay lugares privados que tienen este tipo de inconvenientes. Hay chicos que son trasladados, comunidades que realmente tienen déficit importantes y deben adecuarse a los criterios establecidos por las normas. En el mismo sentido, nos encontramos con el problema de los niños, niñas y adolescentes en los hospitales Tobar García y Alvear respecto de las internaciones. Hay chicos que son dados de alta y que, lamentablemente, no pueden salir, ya que no encuentran un lugar para estar, no tienen el alta social –por decirlo de alguna manera–, y esto no debería ser así.

Entonces, efectivamente, en la ciudad está faltando un plan que establezca el circuito de intervención; además, faltan los nuevos dispositivos. El doctor decía que esto es un proceso. El proceso existe desde antes. Muchas veces, aparecen presupuestados dispositivos que, luego, no se llevan a cabo; por ejemplo, hospitales de día, centros de día, etcétera. La ley de la ciudad establece cerca de catorce dispositivos; eso es muy importante. Yo entiendo que las políticas no son incrementales; es decir, no siempre existe el "vamos para adelante". Siempre hay avances y retrocesos. Pero, evidentemente, el proceso comenzó. Y ese proceso se debe continuar; y para continuar y plasmarse deben aparecer estos dispositivos. Los momentos de la reforma son los cúlmines, es decir, los más importantes; porque, justamente, subsisten dos presupuestos: los que mantienen estos lugares psiquiátricos – como el Borda– y, al mismo tiempo, tiene que emerger el otro presupuesto, complementándose y creándose estos nuevos lugares. Esto todavía no está. Ya que próximamente se va a comenzar a conformar el presupuesto, sería muy oportuno que aparezcan en el presupuesto para Salud Mental las partidas correspondientes afectadas; no en términos generales, sino que explícitamente se establezca para centros de día, para hospitales de día, para todos los otros dispositivos, para los emprendimientos sociales, etcétera. **Sra. Presidenta** (González Gass)**.-** El problema es ese: por ejemplo, el hogar Félix Lora ahora se ha transformado en un minimanicomio, en el cual ni siquiera hay un médico que pueda tratar a toda esa gente. Al haber tantas altas en el Borda, la gente se ha ido trasladando. Tampoco hay reinserción social ni trabajadores sociales que puedan interceder con la familia, trabajar con los grupos familiares y reinsertarlos. Hace unos días estuve en el hogar y, realmente, es un minimanicomio; ni siquiera disponen de la medicación adecuada. **Sra. Rodríguez.-** Perdón, pero también estaría bueno que la gente se atienda en otros lugares que no sean donde viven. **Sra. Rotela.-** Mi nombre es Alicia Rotela, asesora del Frente para la Victoria. **Sr. Barraco.-** Perdón, pero para no irnos del tema… **Sra. Rotela.-** Es por el mismo tema. **Sr. Barraco.-** Pero quisiera responderle al diputado. Quiero decir que se da la particularidad de que el cambio se está dando más en el orden de lo jurídico que en

lo asistencial. ¿Por qué? Porque el impacto de la Ley 26.657 afectó el artículo 432 del Código Civil, en donde figuraba el criterio de peligrosidad. Además, ya estaba funcionando el artículo 22, relacionado con el derecho que se les da a los pacientes que así lo requieran. Hay un cambio en ese sentido: ya no es el juez el que determina la internación, sino que es el equipo interdisciplinario, conformado por un cuerpo de abogados. Se ha trastocado un paradigma. Antes, la última palabra la tenía el juez; él era el terapeuta y los profesionales eran los custodios.
Sr. Lipovetzky.- Perfecto. Muchas gracias. **Sra. Rotela.-** Lo que quiero decir va en la misma línea. Quiero hacer un aporte relacionado con cómo podemos diferenciar una cuestión que, por un lado, es conceptual y, por otro, no; tiene esta cuestión conceptual pero, en realidad, el reflejo se da en los hechos, en concretar esto. Tal como dijo el diputado, quiero saber si se viene llevando adelante la Ley de Salud Mental a nivel nacional. Vienen utilizando un término: el de "reforma", que es muy importante en nuestro debate de la desmanicomialización. Los otros términos son "transformación" y "refuncionalización". Hay una discusión entre estos tres términos. Me gustaría que ambos pudieran aportarnos cuál es la diferencia que aleja, en vez de unir, en relación con las distintas instancias de la Salud Mental. **Sra. Ghezzi.-** Pido la palabra. Comparto lo que dicen algunas compañeras respecto de las comunidades terapéuticas, porque es un tema preocupante en la Argentina. Todos sabemos cómo nacieron y desde qué paradigma se fundaron las comunidades desde la década del "80. Me parece que, hoy en día, muchas no responden a la problemática de salud mental, sobre todo cuando hablamos de patologías duales. Entiendo que se trata de un sistema que hoy comparte la ciudad –hay convenios con las comunidades terapéuticas– con la provincia de Buenos Aires y el Cedronar. Mi pregunta es si hay alguna instancia donde se piense cómo modificar o crear otros establecimientos que den respuestas a las problemáticas adictivas más complejas que se presentan, no sé si con prescindencia de las comunidades terapéuticas, pero sí con un proceso de transformación. Entiendo que las comunidades han participado activamente en el armado del proyecto de ley de salud mental a nivel nacional, y entiendo que ese proyecto las deja en un lugar de monovalentes. **Sr. Bas.-** Pido la palabra. Mi nombre es José Luis Bas y soy psiquiatra de guardia de un hospital público. No estoy de acuerdo con que haya una plena aplicación de la ley. Como dijiste, en todo caso se aplica a nivel jurídico. En la Ciudad de Buenos Aires no se abrió una sola cama de internación de salud mental en el hospital general, ya sea internación psiquiátrica o intervención breve de crisis. Me gustaría saber si en algún lugar del país se abrió una sola cama de salud mental en el hospital general. Mientras no se avance en el espíritu de la nueva ley, que es la integración de la salud mental al hospital general, estamos en deuda con la salud pública. Reitero: me gustaría saber si en algún lugar del país hay una nueva cama en un hospital general o no. **Sr. Cohen.-**Voy a empezar de atrás para adelante. Tengo entendido que en la Dirección Nacional de Salud Mental hay un equipo que trabaja en el desarrollo de proyectos de salud mental en la comunidad, que incluye la apertura de camas en hospitales generales. Te sugiero que te dirijas a la gente que integra ese equipo. Tengo entendido que en algunas provincias, con la presentación de proyectos concretos, han empezado con la habilitación. La Nación da fondos fundamentalmente para la contratación de recursos humanos, pero están vinculados con la apertura de camas y de centros en la comunidad. Antes, el equipo se llamaba de "Trastornos Mentales Severos", pero ahora creo que se llama "Desarrollo de Programas Territoriales". Sin duda, falta muchísimo. **Sr. Bas.-** Creo que se está hablando del vaciado y del cierre de manicomios… -No se perciben claramente las palabras del doctor Bas porque no usa el micrófono. **Sr. Bas.-** ...si siempre estamos hablando de los hospitales Borda y Moyano y no hablamos del hospital general. Y hay gente que tiene que internarse... **Sr. Cohen.-** Y no tiene dónde. - No se perciben claramente las palabras del doctor Bas porque no usa el micrófono. **Sr. Bas.-** La mejor forma de que no haya gente que se descompense y se tenga que internar es que funcione una verdadera red, pero no se ha avanzado en nada. **Sr. Cohen.-** Insisto: no puedo dar una opinión sobre la Ciudad de Buenos Aires. De todos modos, en algunos países – podría aventurarme con un diagnóstico que tal vez sea acertado– ni la propia urgencia es

atendida como es debido. Olvidémonos de las camas. ¿Qué pasa con una persona que entra con un cuadro de excitación psicomotriz? ¿Cómo es atendida en la guardia? En el mejor sistema de salud del mundo, que es el inglés, el médico general –*general practitioner*– es el que tiene a su cargo, entre otras cosas, la atención de las personas con depresiones y otros trastornos mentales. Es el *general practitioner* el que se encargan de esto y no los colegas especializados. Esto nos lleva nuevamente a la pregunta de cuáles son los actores para destrabar y avanzar en este proceso. Uno de los riesgos es que ingenuamente se comience a echar culpas que no permiten identificar la diversidad de actores que tienen que integrar estos procesos tan complejos. La cama no está, lo cual es clarísimo. Pero los colegas, los psiquiatras, ¿están dispuestos a que un médico generalista atienda una urgencia en salud mental? Hay que iluminar y destacar las distintas vertientes que hacen a esta complejidad y no transformarla en lo más sencillo, que es una rivalidad –que probablemente exista entre sectores o intereses– que empobrece y no permite encontrar alternativas. Respecto de un comentario anterior, más que preguntarme qué diferencia hay entre esto o aquello, yo preguntaría cuál es el sistema de salud mental más adecuado para la Ciudad de Buenos Aires. ¿Qué sistema necesitaría la Ciudad de Buenos Aires, con la riqueza y los recursos que tiene, para atender a la población que seguramente no está atendida o no está bien atendida? De esta manera, reubicamos los términos de la discusión.
Soy integrante del equipo de intervención en desastres en la región. Cuando hay un huracán, un terremoto o un tsunami, nos convocan. En El Salvador viví un terremoto; no fui después, sino que fui víctima y, además, tuve que trabajar. En el único lugar donde había psiquiatras era en el hospital psiquiátrico de San Salvador. Ahí adentro estaba el 90 por ciento y los otros estaban perdidos o inubicables. El Presidente dio la orden de movilizar al personal, o sea que estaban a disposición, tenían que presentarse. Los colegas decían que no iban porque no sabían qué hacer. Tenían que ir a los pueblos donde se habían caído las casas de adobe; no iban a atender adentro del psiquiátrico ni a dar turnos. Los colegas fueron muy claros: "No sabemos qué hacer", decían. Fenómeno: abramos las puertas y empecemos por ahí. Ese también es un componente. **Sr. Bas.-** La apertura también tiene que ver con la formación, que es fundamental. **Sr. Cohen.-**Absolutamente. Por otro lado, las comunidades terapéuticas son todo un mundo. Estos son procesos de cambios graduales y progresivos. No son de un día para el otro. Tal vez la Sociología tenga mucha razón cuando dice que uno trabaja por aproximaciones graduales y sucesivas y, además, por estrategias múltiples y simultáneas. No es que vamos a cerrar y vamos a abrir; hay que cerrar y abrir pero, además, hay que hacer esto y esto otro. Son muchas de las cosas que dijimos y muchísimas de las que no dijimos.
Y ahora surge nuevamente el tema de la edad. Antes, en la calle Florida, ponían tableros de ajedrez y venía un gran maestro de Estados Unidos o de la ex Unión Soviética y jugaba contra cuarenta personas. Por un lado, como se trata de un juego de ajedrez, es necesario realizar estrategias. Pero, además, la complejidad es que no hay solo un tablero, sino que hay cuarenta. Creo que a esto hemos venido; este es el desafío. Acá dejo mi correo electrónico. No sé si todos lo llegan a ver, por las dudas, se los leo: cohenh@paho.org. Insistan, porque yo contesto. Si no lo hago, es porque no me llegó el correo. Créanme que contesto. No me preocupa que me manden 23 correos; me preocupa que pueda contestarles. Muchas gracias. **Sra. Presidenta** (González Gass).- Le agradezco al doctor Cohen y a todos ustedes por su participación. Creo que lo importante es que tengamos esta serie de reuniones y que empecemos a pensar en un plan de acción en conjunto para cambiar esta situación. Este es un paso importante. Ya tenemos los *mails*. Cuando tengamos la versión taquigráfica, la reenviaremos a todos, junto con el *PowerPoint*, para que sigamos avanzando.

Finalización

Sra. Presidenta (González Gass).- Damos por finalizada la reunión de hoy. - Es la hora 14 y 11.

Versión Taquigráfica. INTERVENCIÓN DE LA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 448, DIPUTADA VIRGINIA GONZÁLEZ GASS, EN LA REUNIÓN DE DISCUSIÓN DEL PRESUPUESTO 2013 RELATIVO AL ÁREA DE SALUD. 1° - 11 - 2012

Sra. González Gass.- Específicamente, me quiero referir al área de Salud Mental. En el presupuesto que ustedes presentan figura algo que, justamente, nos preocupa y tiene que ver con el porcentaje que se asigna a los hospitales monovalentes que, prácticamente, supera el 80 por ciento, y el 12 por ciento nada más es para los efectores de Salud Mental sin internación. Entonces, quiero saber, por qué se justifica ese presupuesto tan grande para los monovalentes y no para el resto. También quiero saber de qué manera se aplica el aumento de la participación del presupuesto de los monovalentes del gasto total. Además, otra de las preocupaciones que tenemos se refiere a los programas y las actividades que implementa el Ministerio de Salud como parte de la política para sustituir los hospitales monovalentes. Si bien para el año 2012 estaba prevista la internación en hospitales generales, en el Elizalde y en el Pirovano estaban presupuestadas las obras, pero no se terminaron, y en el Durand no las comenzaron. Otra de las preguntas que quiero formular es cuáles son los programas, actividades y partidas destinadas a dar el cumplimiento con la apertura de los dispositivos intermedios previstos en el artículo 14 de la Ley 448. Entiendo que hay algunas obras que, supuestamente, deberían haber finalizado, pero no fue así. Además, hay otras casas que están ocupadas y no se han comenzado las obras. 1° de noviembre de 2012 Comisión de Presupuesto Pág. 17

Por otro lado, el doctor Crescenti, en la reunión de presupuesto del 10 de noviembre del año pasado, el doctor Crescenti comentó que iba a incorporar dos ambulancias destinadas a la atención de Salud Mental. Y, de acuerdo con lo señalado por usted, se ha dado una incorporación de tres ambulancias. Quería saber cuáles se corresponden con el Área de Salud Mental. Otra de mis preocupaciones tiene que ver con el incremento en el rubro "Otros Servicios" en los distintos efectores, especialmente en el Centro de Salud Mental Hugo Rosarios, porque el aumento asciende a 1.718 por ciento respecto del presupuesto del año anterior; y, en el Centro de Salud Mental Ameghino, el aumento asciende al 261 por ciento. Quiero saber a qué concepto se refiere este incremento en el rubro "Otros Servicios". También el doctor Lemus, en la reunión de presupuesto anterior, en la página número 9 de la versión taquigráfica, señaló que se iban a abrir estas camas de internación. Entonces, quiero saber qué es lo que se ha cumplido respecto de todo lo que se había asignado. Asimismo me preocupa el Programa 85, porque allí adentro figura el Subprograma 0, cuya partida presupuestaria asignada es de 19.220.000 pesos, pero no se especifica la distribución ni el uso de esa partida. También hay un agregado en el Programa 85 en el que figuran otros 19 millones de pesos. Debo señalar que esto figura como "transferencia al sector privado para financiar gastos corrientes". Entonces, específicamente, quiero saber a qué se referían estos temas. **Sra. Ministra (Reybaud).-** Algunas preguntas se las voy a responder yo y otras se las voy a pasar al ingeniero Guevara, quien también tuvo decisión sobre el presupuesto. Respecto de las dos ambulancias del SAME, quiero señalar que están y existen. **Sra. González Gass**.- Eran tres. **Sra. Ministra (Reybaud).-** Hay dos; entonces, nos falta una. Pero debo decirle que hay dos. Probablemente, con las nuevas que entren, podremos disponer… Sra. González Gass.-

Dijeron que iban a agregar dos nuevas. **Sra. Ministra (Reybaud)**.- Entran 27… **Sra. González Gass.-** Entonces, serían cinco. **Sra. Ministra (Reybaud).-** No. **Sr. Presidente (Frigerio)**.- Perdón, diputada. Ahora sí, tiene la palabra. **Sra. González Gass**.- El doctor Crescenti, en el año 2012 dijo: "Creo que están contemplados dos o tres móviles más para psiquiatría, y podemos disponer de un cuarto y un quinto y regionalizar, cada uno por región,

cada dispositivo”. Esto fue lo que dijo el doctor Crescenti cuando respondió las preguntas el 10 de noviembre del año 2010. Pág. 18 Comisión de Presupuesto 1° de noviembre de 2012

Sra. Ministra (Reybaud).- Tengo entendido que con dos son suficientes para cubrir la ciudad pero, de todas maneras y antes esta aseveración, voy a hablar con el doctor Crescenti para que, con esta cantidad que entraron más las que van a ingresar, podamos disponer de algunas de ellas. Es decir, hacer un plan de la ciudad y ver si realmente esto es necesario para aumentar el número. Me comprometo a estudiar esto con el doctor, y como allí dice que “era una por región”, es fácil de cumplirlo. **Sra. González Gass**.- Digo esto, porque es importante el cumplimiento de la Ley 448. **Sra. Ministra (Reybaud).-** Voy a tener en cuenta esto. Y, como creo que en menos de quince días llega esa cantidad de ambulancias para soportar todo nuestro plantel, voy a estudiar el tema con el doctor Crescenti, ya que si dijo que era necesario una para cada región, le voy a sacar una para cada región y que no la disponga para otro lado. Me comprometo a eso. Las otras preguntas las van a responder otros funcionarios. Sr. Subsecretario de Administración del Sistema de Salud (Guevara).- Mi nombre es Alberto Guevara, y soy Subsecretario de Administración del Sistema de Salud, y también soy muy nuevo en esta función, porque estoy hace apenas un mes. Quiero responder respecto de los 19 millones de pesos señalados por usted con referencia a las transferencias. Los 19 millones de pesos están previstos para pagar actividades de hogares conveniados. La doctora Reybaud ya estuvo comentando en extenso acerca de los nuevos hogares que tenemos a partir de este año, y sobre algunos que van a estar terminados a partir de fin de año, por ejemplo el Avellaneda, con lo cual vamos a tener una buena cantidad de pacientes que van a estar atendidos en esos hogares. Por lo tanto, del total de pacientes que tenemos previsto para esto, hay varios que van a estar contemplados dentro de los hogares propios que ya tenemos y los que vamos a tener a partir de este año; inclusive, uno se va a empezar a construir el año que viene. Los gastos de estas nuevas casas están previstos dentro de los que son los hospitales de las regiones. Por lo tanto, los gastos que tenemos hasta ahora se van reduciendo en la proporción en que vamos teniendo hogares propios. Todavía no sabemos exactamente cuántos chicos vamos a tener porque también depende de cuál va a hacer la afluencia de chicos o pacientes que tengamos, pero eso lo vamos a ir viendo. Sabemos que la gran cantidad de pacientes que llegan, concurren de otras áreas, con lo cual nuestra idea es tratar de conseguir la financiación para esos casos a través de acuerdos con los lugares de donde provienen esas personas. **Sra. González Gass**.- Respecto del porcentaje asignados a los efectores de salud… Sr. Subsecretario de Administración del Sistema de Salud (Guevara).- ¿Allí se está hablando del 12 por ciento y del 88 por ciento relacionados con las regiones sanitarias y la parte de Salud Mental? **Sra. González Gass**.- Quiero saber específicamente sobre la parte de Salud Mental. Sra.

Directora General de Salud Mental (Grosso).- Buenos días. Soy la doctora Grosso. 1° de noviembre de 2012 Comisión de Presupuesto Pág. 19

Quiero aclarar que los hospitales monovalentes Borda, Moyano, Alvear y Tobar García – éste último se va a inaugurar próximamente– están en obras. Tengo entendido que mucho del presupuesto se va en obras. **Sra. González Gass**.- Pero no se da cumplimiento a la Ley 448 en cuanto a la asignación de las partidas. Sra. Directora General de Salud Mental (Grosso).- Desde la Dirección General de Salud Mental, nosotros hemos elevado, en cuestión de cumplir con la Ley 448, los dispositivos intermedios necesarios para la externación de pacientes. Como dijo la doctora Reybaud, hemos abierto un lugar hace muy poco tiempo, en la Calle Juez Magnau, con capacidad para doce pacientes. En diciembre tenemos previsto abrir el Avellaneda para dieciséis niños, niñas y adolescentes, y también en el mes de diciembre tenemos previsto abrir un departamento asistido. Para el próximo año, hemos presentado un proyecto que fue aprobado y teóricamente se tiene que

comenzar antes de diciembre –es decir, en este mes– el complejo Saavedra. Se trata de tres efectores intermedios, tres casas de medio camino más lugares específicamente organizados para realizar los numeroso emprendimientos sociales. Durante este año se dio la apertura de un espacio en la Calle Aranguren para parte de los emprendimientos sociales. La idea es seguir avanzando con la apertura de hospitales de día, hospitales de noche, centros de día y, como dijo que doctora Reybaud, fundamentalmente reforzar el sistema ambulatorio de Salud Mental. Este año hemos regionalizado cuatro coordinadores de Salud Mental que están trabajando con los jefes de servicios de hospitales generales. Quiero aclarar que mi función, como Directora General de Salud Mental, es tener a cargo los hospitales monovalentes y los centros de Salud Mental. Solamente tutoreo los servicios de Salud Mental de los hospitales generales. Por lo tanto, mi área no maneja el presupuesto de Salud Mental de los hospitales generales. **Sra. Ministra (Reybaud)**.- De todas maneras, diputada, quiero decirle que debemos ayudar a la doctora Grosso para cuando tenga que equipar todos los proyectos establecidos en la Ley de Salud Mental. También serán necesarios los recursos humanos, como los operadores comunitarios, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etcétera. La doctora me planteó que necesitará más ayuda para completar la cantidad de gente que se necesita para acompañar a cada uno de los chicos que están internados, para que tengan sus salidas sociales y demás. Realmente, tendremos que compensarla con otra partida para que pueda cumplir con todo… **Sra. González Gass.**- ¿Ficticia? **Sra. Ministra (Reybaud).**- No; ficticia, no. - No se perciben claramente las palabras de la diputada González Gass que habla fuera de micrófono. Pág. 20 Comisión de Presupuesto 1° de noviembre de 2012

Sr. Presidente (Frigerio).- Perdón, diputada. Por una cuestión de orden y de respeto a los taquígrafos, les propongo que hagan las preguntas y los funcionarios se esforzarán en contestarlas de la mejor manera posible. Si quedan dudas, se preguntarán cuando les vuelva a tocar. De esta manera, se forma un diálogo interminable y estaremos media hora por cada diputado. **Sra. Ministra (Reybaud)**.- No es ficticia. El doctor Pérez Baliño me está pidiendo la palabra para responderle. Luego, le contestaré yo a la diputada. Sr. Subsecretario (Pérez Baliño).- Evidentemente, para toda la salud pública y de la Ciudad de Buenos Aires el cumplimiento de la Ley 448 es un desafío desde hace muchísimos años. La Ley 448 se promulgó en el año 2000, se reglamentó en el año 2003 y hoy estamos haciendo el esfuerzo de acoplarnos bien, en el sentido de que corresponde abrir las casas de medio camino y todos los dispositivos que permitan la resocialización de los pacientes. Sin duda, nuestros hospitales monovalentes existen y no estamos dispuestos a cerrarlos, sino a modernizarlos. Por lo tanto, los tenemos que sostener, fortalecer, mantener el recurso humano y equiparlos. Esto es lo que estamos haciendo y nos está llevando mucho dinero. A pesar de eso, estamos abriendo las casas de medio camino. Todo esto es un proceso. La ciudad inició con tres Cesac para fortalecer el primer nivel de atención primario en el año 1983 y hoy tenemos 45. Lo importante es el proceso, la política de Estado y el tiempo. No se puede pedir que en un presupuesto y en una gestión se cumpla el 100 por ciento de la Ley 448, que no se cumplió durante 10 años. **Sra. Ministra (Reybaud).**- Usted sabrá que en los hospitales monovalentes hace muchos años que no se hace nada. A los enfermos que tenemos allí les debemos dar un lugar digno. Para ello, es necesario poner bastante presupuesto para los monovalentes y de a poco comenzar a contar con dinero para cumplir progresivamente con la ley. Desde que comencé en enero he ayudado en todo lo posible a la doctora, porque vi que esta cuestión estaba un poco dejada de lado. Mi intención y propósito es que al final del 2015 esta situación esté bastante mejor de lo que está ahora. **Sra. González Gass**.- Me preocupa que, ya que estamos discutiendo el presupuesto, se van a reasignar partidas y además… [Fin del fragmento la Versión Taquigráfica].

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 448 DE SALUD MENTAL
INTEGRANTES

Comisión 2008 2009

Presidente
Dip. Alicia Bello
Vocales
Dip. Néstor Abbas
Dip. Gabriela Alegre
Dip. Ivana Centanaro
Dip. Diana Maffía
Dip. Victoria Morales Gorleri
Dip. Lidia Saya
Directora
Lic. Marita Merzario

Comisión 2010 2011

Presidente
Dip. María Elena Naddeo
Vocales
Dip. Jorge Selser
Dip. Diana Maffía
Dip. Mateo Romeo
Dip. Ezequiel Fernández Langan *
Dip. Lidia Saya
Dip. María Eugenia Rodríguez
Director
Dr. Silvio Bodnar

* Reemplazó al Diputado Gerardo Ingaramo, del bloque PRO, quien falleció el 6 de febrero de 2011

Comisión 2012

Presidente
Dip. Virginia González Gass
Vocales
Dip Gabriela Alegre
Dip. Sergio Bergman
Dip Daniel Lipovetzky
Dip. María Elena Naddeo
Dip. Carmen Polledo
Dip. Gabriela Seijo
Directora
Dra. María Magdalena Macaggi





Legislatura Porteña
CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES